

Thomas RABEYRON

PORTAIL

Collection

PSYCHOLOGIE CLINIQUE ET PSYCHOPATHOLOGIE

RESSOURCES



NUMÉRIQUES

cours

exemples cliniques

entraînement

ARMAND COLIN

Thomas RABEYRON

PSYCHOLOGIE CLINIQUE ET PSYCHOPATHOLOGIE

cours

exemples cliniques

entraînement

ARMAND COLIN

Des ressources complémentaires sont disponibles en ligne à l'adresse :

www.armand-colin.com/ean/9782200619527

Illustration de couverture : © Caspar David Friedrich, *Le promeneur au-dessus de la mer de nuages*, vers 1818, Hamburg, Kunsthalle © AKG-Images

Maquette intérieure : Yves Tremblay

Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage. Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements	d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée. Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).
	

© Armand Colin, 2018

Armand Colin est une marque de Dunod Éditeur, 11 rue Paul Bert, 92240 Malakoff

ISBN : 978-2-200-62391-3

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

Table des matières

Présentation de l'ouvrage

Parcours de lecture

PARTIE 1

Définitions et origines

Chapitre 1. Qu'est-ce que la psychologie clinique ?

1. De la psychologie à la clinique
2. Les différents types de « psy »
3. La psychopathologie
4. Les psychothérapies

■ À retenir

■ Entraînement

Chapitre 2. De l'origine de la psychologie clinique

1. Un peu d'histoire : de Gassner à Puységur...
2. De différents courants à l'origine de la psychologie clinique
3. La psychologie clinique moderne et ses premiers acteurs en France
4. La psychologie clinique aujourd'hui et dans le monde

■ À retenir

■ Entraînement

Chapitre 3. Le métier de psychologue clinicien

1. Formation
2. Pratique
3. Savoirs
4. Méthodes et outils

■ À retenir

■ Entraînement

PARTIE 2

La tâche pratique

Chapitre 4. L'observation clinique

1. Perception, construction et observation
2. Observation externe et observation interne
3. L'observateur et l'observé : la constellation transférentielle
4. Spécificités de l'observation selon différents dispositifs cliniques

■ À retenir

■ Entraînement

Chapitre 5. L'entretien clinique

1. Le cadre
2. Le positionnement clinique
3. La conduite de l'entretien
4. Spécificités de l'entretien clinique en fonction de la population rencontrée

■ À retenir

■ Entraînement

Chapitre 6. L'étude de cas

1. Principes de l'étude de cas
2. Anamnèse, symptomatologie et diagnostic
3. Analyse transférentielle
4. Analyse structurale et analyse processuelle

■ À retenir

■ Entraînement

PARTIE 3

La vie psychique, sa souffrance et sa compréhension

Chapitre 7. Réalité psychique et subjectivité

1. La réalité psychique, son exploration et ses logiques
2. Aux origines de la réalité psychique : intersubjectivité primaire et relation en double
3. Les grands organisateurs infantiles de la réalité psychique
4. Du complexe d'Œdipe à la crise pubertaire

■ À retenir

■ Entraînement

Chapitre 8. Souffrance psychique et psychopathologie

1. Les classifications des maladies mentales
2. Les troubles névrotiques

[3. Les troubles psychotiques](#)

[4. Les états-limites](#)

■ [À retenir](#)

■ [Entraînement](#)

[Chapitre 9. Psychothérapie et symbolisation](#)

[1. Les psychothérapies et leur évaluation](#)

[2. Le rêve](#)

[3. Le jeu](#)

[4. La médiation](#)

■ [À retenir](#)

■ [Entraînement](#)

[Conclusion générale et perspectives de formation](#)

[Corrigés](#)

[Bibliographie](#)

Présentation de l'ouvrage

Cet ouvrage propose un panorama global de la **psychologie clinique** et de la **psychopathologie**. Il est destiné en particulier à trois types de publics :

- le **lycéen** qui souhaite découvrir la psychologie clinique et qui s'interroge concernant la pertinence de cet éventuel choix d'orientation futur. L'ouvrage lui permettra de comprendre si cette discipline lui convient et de prendre un temps d'avance sur la première année de licence par les éléments acquis grâce à cette lecture préliminaire,
- l'**étudiant en licence de psychologie** qui envisage de se diriger vers un Master de psychologie clinique. L'ouvrage a été pensé comme un guide qui pourra s'avérer utile tout au long du cycle de licence, permettant d'acquérir les bases de cette discipline et de préparer dans les meilleures conditions l'entrée en Master,
- le **lecteur néophyte** qui souhaite découvrir la psychologie clinique, la psychopathologie et les bases de la psychothérapie. Il sera de ce point de vue utile pour les acteurs du monde médical (étudiants en médecine, médecins, psychiatres) et paramédical (infirmiers, éducateurs, orthophonistes, psychomotriciens, etc.) qui souhaitent mieux comprendre cette discipline et certaines de ses compétences transversales.

Quelle que soit votre situation, vous découvrirez à la lecture de cet ouvrage que la psychologie clinique est une jeune discipline aussi passionnante qu'exigeante. Passionnante, car elle se situe aux carrefours de différents champs dans le but d'explorer au mieux l'esprit humain dans toute sa complexité. Elle bénéficie de ce point de vue aussi bien des dernières avancées conceptuelles dans le champ des sciences de la subjectivité que des récentes découvertes de la psychologie et des neurosciences cognitives. Exigeante, car elle implique des savoirs théoriques et pratiques qui nécessitent de devenir un **expert des relations humaines**, tout en étant son propre « instrument » de mesure. La psychologie clinique nécessite ainsi l'acquisition d'un **savoir incarné** et la construction d'une **démarche clinique** spécifique.

Ces différents éléments nous conduiront à une exploration de cette

discipline et de son objet d'étude, la **réalité psychique**, en trois temps correspondant aux trois grandes parties de l'ouvrage :

- nous verrons dans une première partie, après quelques **définitions**, quelles sont les **origines** de la psychologie clinique et en quoi consiste le **métier** de psychologue clinicien,
- dans une deuxième partie, nous aborderons certaines compétences centrales du clinicien que sont **l'observation**, **l'entretien** et **l'étude de cas**,
- dans une troisième partie, nous étudierons les **grands principes organisateurs** de la réalité psychique, ses **expressions psychopathologiques** majeures ainsi que les principes qui orientent les prises en charge **psychothérapiques** et les processus de **symbolisation**.

Entre fondements historiques et évolutions contemporaines, notamment certains apports des neurosciences cognitives, l'ouvrage a été pensé en tenant compte des avancées les plus récentes de la discipline. Il s'appuie en particulier sur la **psychologie clinique psychanalytique** – celle-ci offrant un large spectre de compréhension de la **vie psychique** et du processus de **subjectivation** – associée à des éclairages issus d'autres approches théoriques et psychothérapiques.

De nombreux **exemples cliniques** provenant en particulier de la pratique hospitalière de l'auteur sont également présents en vue d'illustrer différents points théoriques. L'apprentissage est ainsi pensé en accordant une place essentielle à **l'articulation théorico-clinique**, permettant d'aborder au mieux les expériences de stages dans différents milieux institutionnels. Sur le plan pédagogique, des « **quizz** » en fin de chapitre permettent d'évaluer l'acquisition des connaissances. Des **exercices**, des **lectures prioritaires** offrent également l'occasion d'organiser la réflexion de manière plus structurée, favorisant l'apprentissage, la mémorisation et l'approfondissement des éléments abordés lors de chaque chapitre.

L'ouvrage a par ailleurs été conçu selon une **complexification croissante** suivant une logique pédagogique en spirale. Les premiers chapitres aident à intégrer de manière didactique des concepts articulés dans une trame plus complexe en fin d'ouvrage. De nombreuses références permettront également au clinicien en devenir d'approfondir ses connaissances selon les champs d'étude qu'il souhaite privilégier. Dans cette perspective, une bibliographie en

début d'ouvrage propose un **parcours de lecture** ainsi que plusieurs **ressources complémentaires** accessibles en ligne (cas cliniques, textes théoriques, questions de dissertation, etc.) au lien internet suivant :

www.armand-colin.com/ean/9782200619527

L'ouvrage sera donc un guide précieux, préparant au mieux l'étudiant à la **sélection en fin de licence** et à son entrée en Master de psychologie clinique, s'appuyant notamment sur l'expérience de l'auteur comme responsable d'un Master de ce type.

Cette sélection et le processus de formation qui lui est lié ne doivent pas faire oublier l'essentiel, à savoir le plaisir à entreprendre cette **exploration de la vie psychique**. Celle-ci sera une véritable aventure de pensée conduisant à de nombreuses découvertes concernant aussi bien autrui que soi-même. Cet ouvrage se présente ainsi comme une invitation, voire peut-être une naissance à la clinique, menant à terme à une pratique professionnelle aussi riche humainement que passionnante intellectuellement.

Objectifs de connaissances

Chapitre 1

- ☐ Connaître les spécificités de la psychologie clinique
- ☐ Savoir distinguer les différents intervenants du champ de la santé mentale
- ☐ Être en mesure de définir la psychopathologie et la psychothérapie

Chapitre 2

- ☐ Connaître les origines historiques de la psychologie clinique
- ☐ Connaître les figures modernes de la psychologie clinique française
- ☐ Comprendre l'inscription de la psychologie clinique contemporaine dans le monde

Chapitre 3

- ☐ Avoir une première représentation du métier de psychologue clinicien
- ☐ Connaître les principaux savoirs que doit acquérir le clinicien
- ☐ Connaître les principales approches, méthodes et outils de la discipline

Chapitre 4

- ☐ Connaître les grands principes qui guident l'observation clinique
- ☐ Comprendre les principes essentiels de la dynamique transférentielle
- ☐ Comprendre les particularités de l'observation clinique en fonction de la population rencontrée

Chapitre 5

- ☐ Comprendre l'importance et les particularités du cadre de l'entretien clinique
- ☐ Développer une première représentation du positionnement clinique et de la conduite de l'entretien
- ☐ Savoir adapter un entretien clinique en fonction de la population rencontrée

Chapitre

- ☐ Comprendre les grands principes d'une étude de cas

6

- ☐ Comprendre la manière dont on récolte les données cliniques et dont on réalise un diagnostic
- ☐ Connaître les grands principes de l'analyse structurale et de l'analyse processuelle

**Chapitre
7**

- ☐ Connaître les principaux indicateurs aidant à se représenter la réalité psychique d'autrui
- ☐ Comprendre les fondements intersubjectifs précoces de la réalité psychique
- ☐ Connaître les principaux organisateurs qui orientent le développement de la réalité psychique

**Chapitre
8**

- ☐ Connaître les classifications contemporaines des maladies mentales
- ☐ Savoir distinguer les troubles névrotiques, états-limites et psychotiques dans le modèle structural
- ☐ Avoir une première représentation de certains processus psychiques sous-jacents aux grandes structures

**Chapitre
9**

- ☐ Développer une première représentation des logiques qui guident la prise en charge psychologique
- ☐ Connaître les principaux courants psychothérapeutiques et leur évaluation
- ☐ Avoir une première représentation de la symbolisation dans le champ du rêve, du jeu et des médiations

Parcours de lecture

Il n'est pas toujours facile pour un étudiant de savoir ce qu'il est pertinent de lire durant le cycle de licence dans le champ de la psychologie clinique. Dans cette perspective, nous proposons ci-dessous une liste de **6 dictionnaires** et manuels ainsi que **40 références** que nous conseillons comme exemple de **parcours de lecture** (parmi bien d'autres possibles) afin d'acquérir des compétences de base dans cette discipline. Ces références ont été classées selon un ordre de lecture qui a été réfléchi (priviliégiant les lectures historiques et théoriques au début pour finir vers une première représentation des approches psychothérapeutiques à la fin) et qui pourra être suivi tout au long du 1^{er} cycle de licence.

Dictionnaires et manuels

1. LAPLANCHE J., PONTALIS J.-B (1967), *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, PUF.
2. MIJOLLA A. (2002). *Dictionnaire international de la psychanalyse*, Paris, Calmann-Levy.
3. BERGERET J. (1972), *Psychologie pathologique : théorie et clinique*, Paris, Masson.
4. ROUSSILLON R. et coll. (2007), *Manuel de psychologie et psychopathologie clinique générale*, Paris, Masson.
5. BUTCH N., HOOLEY J., MINEKA S. (2018), *Abnormal psychology*, Pearson, London.
6. AMAD A. et coll. (2016), *Référentiel de psychiatrie et addictologie*, Tours, PUFR.

Ouvrages

1. ELLENBERGER H. F. (1994), *Histoire de la découverte de l'inconscient*, Paris, Fayard.
2. FREUD S., BREUER J. (1895), *Études sur l'hystérie*, Paris, PUF, 2007.
3. SCHAUDER S. (2004), *Pratiquer la psychologie clinique aujourd'hui*, Paris, Dunod.
4. WINNICOTT D. W. (1971), *Jeu et réalité. L'espace potentiel*, Paris, Gallimard, 1975.
5. LAGACHE D. (1949), *L'unité de la psychologie*. Paris, PUF.
6. FREUD S. (1901), *Psychopathologie de la vie quotidienne*, Paris, Payot, 2004.
7. MORIN E. (2005), *Introduction à la pensée complexe*, Paris, Seuil.
8. FREUD S. (1900), *L'interprétation des rêves*, Paris, PUF, 1967.
9. STERN D.N. (1985), *Le monde interpersonnel du nourrisson*. Paris, PUF, 1989.
10. CICCONE A. (2013), *L'observation clinique*, Paris, Dunod.

11. BETTELHEIM B. (1976), *Psychanalyse des contes de fées*, Paris, Pocket.
12. DAMASIO A. R. (1994), *L'erreur de Descartes*, Paris, Odile Jacob.
13. KLEIN M. (1957), *Envie et gratitude*, Paris, Gallimard, 1967.
14. CANGUILHEM G. (1966), *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF.
15. HOUZEL D. (2005), *Le concept d'enveloppe psychique*, Paris, In Press.
16. DOLTO F. (1984), *L'image inconsciente du corps*, Paris, Seuil.
17. IONESCU S., JACQUET M. et LHOTE C. (1997), *Les mécanismes de défense*, Paris, Armand Colin, 2012.
18. ANZIEU D., CHABERT C. (2004), *Les méthodes projectives*, Paris, PUF.
19. MÉHEUST B. (1999), *Somnambulisme et médiumnité*, Paris, Les Empêcheurs de penser en rond.
20. BION W. (1962), *Aux sources de l'expérience*, Paris, PUF, 2003.
21. ANZIEU D. (1994), *Le penser : du Moi-Peau au Moi-Pensant*, Paris, Dunod.
22. BOWLBY J. (2002), *Attachement et perte*, vol. 1-vol. 3, Paris, PUF.
23. BERGERET J. (1979), *La personnalité normale et pathologique*, Paris, Dunod.
24. WINNICOTT D. W. (1989), *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*, Paris, Gallimard, 2000.
25. CHOUVIER B., ATTIGUI P. (2012), *L'entretien clinique*, Paris, Armand Colin.
26. DEVEREUX G. (1967), *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*, Paris, Flammarion, 2012.
27. FREUD S. (1909), *Cinq psychanalyses*, Paris, PUF, 2008.
28. FREUD S. (1920), *Au-delà du principe de plaisir*, Paris, Payot, 2010.
29. DUMET N., & MÉNÉCHAL J. (2017), *16 cas cliniques en psychopathologie de l'adulte*, Paris, Dunod.
30. CHOUVIER B. (2008), *5 cas cliniques en psychopathologie de l'enfant*, Paris, Dunod.
31. KAËS R. (1993), *Transmission de la vie psychique entre générations*, Paris, Dunod.
32. CHAMBON O., MARIE-CARDINE M. (2003), *Les bases de la psychothérapie*, Paris, Dunod.
33. ROGERS C. (1942), *La relation d'aide et la psychothérapie*, Paris, ESF, 2008.
34. RACAMIER P.C. (1980), *Les schizophrènes*, Paris, Payot.
35. ROUSTANG F. (1994), *Qu'est-ce que l'hypnose ?* Paris, Éditions de Minuit.
36. HALEY J., ROBERT F. (1995), *Un thérapeute hors du commun : Milton H. Erickson*, Paris, Desclée de Brouwer.
37. MATURANA H., VARELA F. (1994), *L'arbre de la connaissance*, Paris, Addison Wesley.
38. VARELA F. et coll. (1999), *L'inscription corporelle de l'esprit*, Paris, Seuil.
39. WATZLAWICK P. et coll. (1979), *Une logique de la communication*, Paris, Seuil.
40. STERN D. (2003), *Le moment présent en psychothérapie*, Paris, Odile Jacob.

PARTIE 1

DÉFINITIONS ET ORIGINES

CHAPITRE 1

QU'EST-CE QUE LA PSYCHOLOGIE CLINIQUE ?

CHAPITRE 2

DE L'ORIGINE DE LA PSYCHOLOGIE CLINIQUE

CHAPITRE 3

LE MÉTIER DE PSYCHOLOGUE CLINICIEN



Qu'allons-nous étudier dans ce chapitre ?

- Ce premier chapitre décrit le cadre général de la psychologie clinique en la resituant dans le contexte global de la santé mentale.
- Il définit également les principaux termes de la psychologie clinique, ceux qui lui sont habituellement associés et ceux qui la distinguent des acteurs et des disciplines connexes.

CHAPITRE 1

Qu'est-ce que la psychologie clinique ?

PLAN DU CHAPITRE

- [1. De la psychologie à la clinique](#)
- [2. Les différents types de « psy »](#)
- [3. La psychopathologie](#)
- [4. Les psychothérapies](#)

1. De la psychologie à la clinique

Le terme **psychologie** a pour origine l'expression latine *psychologia* qui apparaît au XVI^e siècle et qui dérive elle-même du grec ψυχή (*psukhê*), signifiant âme ou esprit, et de λογία (*logos*) qui correspond au discours ou à la raison. La psychologie est donc, selon ses origines étymologiques, un discours rationnel sur l'âme ou l'esprit.

Aujourd'hui, on peut considérer la psychologie comme une discipline qui propose un abord rationnel de la vie psychique aussi bien du point de vue du sujet individuel que du groupe. Dans cette perspective, elle développe différentes méthodes, théories et pratiques qui lui sont propres afin de mieux comprendre et expliquer cet objet d'étude particulier que représente le psychisme humain. Il existe plusieurs approches dans le champ de la psychologie parmi lesquelles on distingue notamment :

- la psychologie **expérimentale**, la psychologie **cognitive** et la **neuropsychologie**,
- la psychologie du **développement**,
- la psychologie **sociale** et la psychologie **du travail**,
- la psychologie **clinique** et la **psychopathologie**.

Si toutes ces branches de la psychologie portent sur un même objet – l'étude de l'esprit humain – elles proposent et développent chacune des méthodes et des théories qui peuvent leur être spécifiques. Ainsi, si la psychologie renvoie à une certaine unité quant à son objet d'étude, ses méthodes diffèrent en

partie selon ces sous-disciplines proposant ainsi des perspectives complémentaires. La psychologie clinique a pour particularité de se situer à la rencontre des sciences humaines et des sciences expérimentales. Celles-ci obéissent à des logiques **épistémologiques** différentes, ce qui fait à la fois la richesse mais aussi la difficulté de cette discipline.

Épistémologie : étude des modes de productions des savoirs dans une discipline donnée.

La psychologie clinique se distingue plus précisément par l'usage du terme **clinique**, utilisé initialement dans le champ de la médecine, dont l'origine grecque κλινικός (*klinikos*) devenue *clinicus* en latin, signifie « au lit du malade ». Le **psychologue clinicien** se caractérise et se distingue donc par le fait qu'il se situe au chevet du patient. Cette notion de clinique peut conduire à différentes acceptions et une certaine ambiguïté : de quelle clinique parle-t-on ? S'agit-il, au sens large, de tout psychologue qui est au contact des patients ? Force est de constater qu'il existe différentes formes de cliniques, chacune menant à des regards complémentaires quant à la compréhension de la vie de l'âme.

Cet ouvrage propose pour sa part une introduction à la psychologie clinique en tant que discipline s'intéressant essentiellement aux particularités de la réalité psychique, à l'expression de sa souffrance et à la manière de la prendre en charge. Il s'adresse donc en particulier au futur psychologue clinicien qui se destine à travailler en milieu hospitalier, en institution ou en libéral auprès de sujets souffrant de **troubles psychopathologiques**¹.

► Cf. [Chapitre 9](#).

La rencontre avec la clinique conduit le psychologue à développer des pratiques et des savoirs qui se caractérisent notamment par la prise en compte du caractère unique et singulier du sujet. Il en découle un **positionnement clinique**, voire une **démarche clinique**, qui se fondent sur une préoccupation pour le sujet en souffrance. La clinique du psychologue se distingue ainsi de l'approche médicale, dans la mesure où elle s'intéresse à l'expression d'une souffrance émergeant toujours dans le cadre d'une **rencontre intersubjective**. Comme nous aurons l'occasion de le détailler tout au long de cet ouvrage, cette rencontre implique en effet deux points de vue, deux subjectivités : celle du sujet qui présente et raconte son histoire, ses difficultés, sa souffrance et la perception qu'il en a et celle du clinicien qui « reçoit » ces éléments à partir de sa propre subjectivité. Cela n'est pas sans engendrer un certain nombre de

particularités dans la pratique et les modèles théoriques du psychologue clinicien.

Intersubjectivité : concept proposé initialement par le philosophe Emmanuel Kant, qui désigne la complexité et les particularités issues de la rencontre entre deux sujets ayant chacun une réalité psychique.

Afin de définir plus précisément ce qu'est la psychologie clinique, examinons deux définitions qui ont fait date, celles de **Daniel Lagache** et **Didier Anzieu**.

Daniel Lagache (1903-1972) : professeur de psychologie et de psychopathologie à la Sorbonne, psychiatre et psychanalyste français, est considéré comme l'un des fondateurs de la psychologie clinique en France.

Didier Anzieu (1923-1999) : professeur de psychologie clinique à l'université Paris X et psychanalyste, a largement participé au développement de la psychologie clinique en France. Il est notamment connu pour ses travaux sur les enveloppes psychiques, le moi-peau et le groupe.

Définitions	➤ Psychologie clinique selon Daniel Lagache : La psychologie clinique est « une science de la conduite humaine fondée principalement sur l'observation et l'analyse approfondie des cas individuels, aussi bien normaux que pathologiques, et pouvant s'étendre à celle des groupes » (1949). ➤ Psychologie clinique selon Didier Anzieu : La psychologie clinique est « une psychologie individuelle et sociale, normale et pathologique ; elle concerne le nouveau-né, l'enfant, l'adolescent, l'homme mûr et enfin le mourant. Le psychologue clinicien remplit trois grandes fonctions : de diagnostic, de formation, d'expert, apportant le point de vue du psychologue auprès d'autres spécialistes. Le psychologue clinicien reçoit une formation de base nécessaire, mais non suffisante pour devenir, éventuellement, psychothérapeute » (1983).
-------------	---

Il est possible de relever plusieurs traits communs à ces deux définitions. Tout d'abord, le fait que la psychologie clinique concerne aussi bien le développement normal que pathologique ainsi que les différents âges de la vie, mais aussi qu'elle implique le sujet individuel et le groupe. Certaines compétences sont également évoquées : **l'observation, le diagnostic, l'analyse de cas, la formation, l'expertise, la psychothérapie**. Nous aurons l'occasion de détailler ces différents champs tout au long de l'ouvrage. La psychothérapie a pour sa part un statut particulier, qui a évolué depuis la définition proposée par Didier Anzieu, puisque le psychologue clinicien est aujourd'hui, une fois diplômé, considéré d'un point de vue légal comme psychothérapeute s'il en fait la demande auprès de l'**Agence Régionale de Santé**, ce qui n'est pas sans conséquence sur la formation des futurs

cliniciens.

► Cf. [Chapitre 9](#).

Agences Régionales de Santé (ARS) : établissements publics administratifs, créés en 2010, qui s'occupent de la mise en œuvre de la politique de santé dans les régions.

Ces différents points s'articulent avec l'utilisation ou non d'outils spécifiques. **Juliette Favez-Boutonnier**, une autre figure marquante de la psychologie clinique française, proposait ainsi de distinguer la **clinique à mains nues**, qui désigne l'usage de l'observation et de l'entretien clinique comme méthodes d'investigation et d'intervention sur le plan psychique, de la **clinique instrumentale**, correspondant à l'utilisation d'outils, en particulier les tests et les échelles. Le psychologue clinicien se doit d'acquérir au cours de sa formation des compétences dans ces deux approches⁷.

Juliette Favez-Boutonnier (1903-1994) : professeur de psychologie clinique et psychanalyste, qui a notamment créé le premier laboratoire de psychologie clinique à la Sorbonne.

► Cf. [Chapitre 2](#).

2. Les différents types de « psy »

Il convient à présent de déterminer ce qui distingue le psychologue clinicien des autres intervenants du champ de la santé mentale. Il existe en effet, notamment dans l'imaginaire populaire, une sorte de catégorie globale correspondant à la nébuleuse des « psy ». Les patients ne savent pas toujours vers lequel se tourner lorsqu'ils rencontrent des difficultés d'ordre psychologique et il n'est pas rare que cela devienne l'objet de certaines confusions. On distingue habituellement **quatre types** de « psy » :

- le psychologue,
- le psychiatre,
- le psychothérapeute,
- le psychanalyste.

Nous préciserons brièvement leur formation, leur domaine d'expertise et les éléments relatifs à leur champ d'intervention de manière plus globale.

2.1 Le psychologue

Le psychologue effectue sa formation en faculté de psychologie. Il est détenteur d'une Licence de psychologie et d'un Master de psychologie.

Historiquement, une sélection parmi les étudiants de psychologie était effectuée entre la quatrième et cinquième année, mais celle-ci a lieu à présent en fin de licence. À l'issue de celle-ci, les étudiants se spécialisent dans les différentes spécialités de la psychologie.

Les études de psychologie correspondent à un cursus de haut niveau et exigeant qui implique une formation aussi bien à des éléments issus de la psychologie scientifique ou expérimentale (statistiques, conduites d'études, mesures, etc.) que des sciences humaines (connaissances conceptuelles, approche globale de la subjectivité, etc.). Le titre de psychologue, obtenu suite à la validation des deux années de Master, a en outre pour particularité d'être protégé par la loi depuis 1985. Le cursus de psychologie peut se poursuivre par un Doctorat en psychologie, d'une durée habituelle de trois à cinq ans, conduisant au titre de Docteur en psychologie, étape préalable à une éventuelle carrière universitaire. Comme nous le verrons plus loin, le titre de Docteur est également nécessaire pour être psychologue dans certains pays.

S'il n'y a pas actuellement d'ordre des psychologues en France, il existe en revanche un **Code de déontologie** que doivent respecter l'ensemble des praticiens de cette profession. Le psychologue a également **le statut de cadre**, ce qui lui confère une certaine indépendance institutionnelle. Plusieurs organismes fédèrent par ailleurs la pratique des psychologues et favorisent les échanges entre eux comme le Syndicat National des Psychologues (**SNP**), la Fédération Française des Psychologues et de Psychologie (**FFPP**) et la Société Française de Psychologie (**SFP**).

Le **Code de déontologie** : est accessible à cette adresse :

<http://www.codededeontologiedespsychologues.fr/LE-CODE.html>.

Site du **SNP** : www.psychologues.org

Site de la **FFPP** : www.psychologues-psychologie.net

Site de la **SFP** : www.sfpsy.org

Le **psychologue clinicien** se distingue des autres psychologues par un cursus orienté davantage vers la compréhension et la prise en charge de la vie psychique et de la psychopathologie. Cela le conduit, outre une spécialisation dans ses enseignements le menant à un Master de spécialité clinique et psychopathologique, à des stages effectués dans le champ de la santé mentale (psychiatrie, pédopsychiatrie, institutions médico-sociales, etc.).

Le psychologue clinicien, en milieu hospitalier, est amené à travailler

étroitement avec les équipes médicales, en particulier les psychiatres et les infirmiers. À noter cependant qu'il n'est pas considéré comme un intervenant paramédical – du fait de son statut de cadre – ce qui lui confère une certaine indépendance à l'égard des médecins dans ses prises de décisions et sa pratique. Le psychologue clinicien est également considéré comme ayant une formation suffisante à la **psychothérapie**, ce qui lui permet donc de demander ce titre auprès de l'Agence Régionale de Santé (ARS).

2.2 Le psychiatre

Le psychiatre a suivi des études en faculté de médecine après une première année commune aux études de santé (PACES). De la deuxième à la sixième année, l'étudiant en médecine suivra un enseignement théorique associé à des stages en milieu hospitalier comme externe. À la fin de la sixième année, il passe le concours de l'**internat** qui lui permet d'accéder à une spécialité médicale. C'est à ce stade que certains étudiants choisissent de devenir psychiatre – ou pédopsychiatre –, à l'issue de quatre années de formation supplémentaires en tant qu'interne. Le **pédopsychiatre** sera conduit à travailler auprès d'une population composée essentiellement d'enfants et d'adolescents.

Psychiatres et pédopsychiatres, de par leur formation, notamment sur le plan biologique, ont une vue d'ensemble de la santé du patient et leurs connaissances en pharmacologie les autorisent à prescrire des médicaments. Ils rédigent également différents types d'ordonnances et de certificats. Le médecin, dans la plupart des structures hospitalières, est garant de l'offre de soin et il lui incombe donc la responsabilité médicale.

2.3 Le psychothérapeute

Le psychothérapeute est un intervenant dans le champ de la santé mentale spécialisé dans la prise en charge des patients sur le plan psychothérapique. Depuis la publication de décrets sur la psychothérapie, en particulier en mai 2012, ce titre est **protégé par la loi** et il n'est possible de se déclarer psychothérapeute qu'après avoir reçu un agrément de l'ARS. Celui-ci est donné automatiquement aux psychiatres et aux psychologues cliniciens qui en font la demande. Les médecins généralistes peuvent également prétendre à ce titre s'ils suivent une formation complémentaire. Il est aussi possible de

devenir psychothérapeute sans être médecin ou psychologue clinicien, mais après avoir suivi des formations certifiées par l'ARS et la réalisation d'un stage. Il existe, parmi les psychothérapeutes, de nombreuses orientations théoriques (humaniste, psychanalytique, comportementale, systémique, etc.) ▶ menant à des pratiques diversifiées qui ont pour point commun l'objectif de soulager la souffrance psychique. La pratique de la psychothérapie est une activité importante des psychologues cliniciens et celle-ci peut prendre différentes formes en fonction de leur orientation théorique, leur lieu d'exercice et la population rencontrée.

▶ Cf. [Chapitre 9](#).

2.4 Le psychanalyste

Le psychanalyste peut être considéré à certains égards comme un psychothérapeute qui utilise essentiellement le modèle psychanalytique. Celui-ci a été fondé par Sigmund Freud à Vienne, en Autriche à la fin du XIX^e et au début du XX^e siècle, et porte en particulier sur l'étude des processus psychiques inconscients. Contrairement au titre de psychothérapeute, le titre de psychanalyste n'est pas protégé par la loi.

Pour devenir psychanalyste, il s'agit d'avoir soi-même effectué une **psychanalyse**, processus qui correspond habituellement à trois ou quatre séances hebdomadaires de psychanalyse pendant plusieurs années. Ce travail personnel est associé à des lectures et des séminaires, ainsi qu'à une supervision par des analystes chevronnés. Le titre de psychanalyste est donné par des sociétés psychanalytiques après une formation dont les caractéristiques varient d'une école à une autre. On distingue habituellement les membres de l'*International Psychoanalytical Association* (IPA) qui ont suivi un cursus au sein des deux sociétés psychanalytiques françaises que sont la *Société Psychanalytique de Paris* (SPP) et l'*Association Psychanalytique de France* (APF). Il existe bien d'autres associations psychanalytiques comme *Espace analytique*, *Le Quatrième Groupe* ou encore l'*École de la Cause freudienne*, qui se distinguent par leurs influences théoriques et les pratiques qui en découlent.

La psychologie clinique et la psychanalyse, particulièrement en France, entretiennent des liens étroits. La plupart des premiers psychologues cliniciens, ainsi qu'un certain nombre des premiers universitaires, étaient en

effet sensibles à cette discipline, étant eux-mêmes psychanalystes. Un grand nombre de psychologues cliniciens, sans être psychanalystes, ont également pour référentiel la **psychologie clinique psychanalytique**, appelée également **psychologie psychodynamique**, qui s'appuie sur des concepts et des pratiques héritées de la psychanalyse.

3. La psychopathologie

La psychopathologie se définit comme l'ensemble des connaissances qui visent à décrire, expliquer et comprendre l'expression des pathologies mentales, leurs processus et leur évolution au regard de la dynamique psychique du sujet. La psychologie clinique partage ce domaine d'intérêt et de compétence avec d'autres disciplines comme la psychiatrie. Il s'agit plus précisément de savoir relever un certain nombre de **symptômes** qui pourront être interprétés comme des **signes** cliniques de différentes affections mentales. Celles-ci sont organisées en différentes classifications appelées les **nosographies**[►]. Une autre manière d'aborder la psychopathologie consiste à la considérer du point de vue d'une **subjectivité en souffrance**. Ainsi, **Alain Ferrant** (2007) propose-t-il de la définir comme « une approche visant une compréhension raisonnée de la souffrance psychique ». Dès lors, les modèles du clinicien auront-ils pour objectif de représenter la nature de cette souffrance et les moyens de la soulager.

► Cf. [Chapitre 8](#) pour plus de détails.

Il convient par ailleurs de souligner d'emblée le fait que les maladies mentales présentent des particularités qui les distinguent des maladies somatiques. Elles ont, par exemple, pour spécificité d'évoluer et de se transformer d'une manière très labile selon les époques et les cultures, soulignant ainsi leur dimension sociale, ce qui complexifie leur étude et leur prise en charge. Il existe, par exemple, des relations subtiles entre le fait de repérer, voire de nommer un trouble, et son émergence, comme son évolution, dans une société donnée. Ces particularités ont engendré, et engendrent encore aujourd'hui, de nombreux débats quant aux causes, à la nature, la classification et la prise en charge des patients dans le champ de la psychopathologie[►]. Cela a pu conduire également des cliniciens à s'intéresser aux données issues de l'ethnologie et de l'anthropologie et a donné naissance

à des courants de pensée et à des pratiques relevant de **l'ethnopsychiatrie** ou de la **psychologie transculturelle**.

► Cf. [Chapitre 8](#).

4. Les psychothérapies

Les psychothérapies correspondent à la manière dont sera prise en charge la souffrance psychique, et plus spécifiquement, un trouble psychopathologique donné, aussi bien chez le sujet individuel qu'au sein d'un groupe. Il existe une multitude d'approches psychothérapiques et on évalue actuellement leur nombre à environ **400 psychothérapies différentes** (Chambon & Marie-Cardine, 2003). Celles-ci ont pour particularité de développer une pratique thérapeutique sous-tendue par une théorie du fonctionnement psychique. Il existe ainsi un lien intime entre les théories utilisées par un clinicien, sa représentation du fonctionnement psychique et ses modes d'intervention concernant un trouble spécifique. Par exemple, lorsqu'un symptôme sera considéré comme ayant essentiellement une valence comportementale, il pourra conduire à une thérapie visant à le supprimer[►]. Les psychothérapies – de même que les définitions psychopathologiques – évoluent selon les époques et les cultures. On peut néanmoins citer plus particulièrement **cinq grands courants psychothérapiques** :

► Cf. [Chapitre 9](#), partie sur les TCC.

- d'inspiration psychanalytique (PIP) ;
- cognitivo-comportementaliste (TCC) ;
- systémique ;
- humaniste ;
- associé aux états modifiés de conscience (hypnose, pleine conscience, EMDR, etc.).

On observe actuellement une certaine convergence entre les approches psychothérapiques et une tendance à des **modèles intégratifs** qui associent des composantes provenant de ces différentes approches. De nombreuses études ont été menées dans le but de déterminer comment les psychothérapies opèrent et si certaines d'entre elles sont plus efficaces pour des patients ou des troubles spécifiques. Nous aurons l'occasion de revenir

plus longuement sur ce sujet au chapitre 9, mais soulignons dès à présent que la plupart des psychothérapies se valent en termes d'efficacité. Celle-ci est très liée à l'**alliance thérapeutique**, c'est-à-dire la force de l'alliance qui peut se créer entre le patient et le psychothérapeute, mélange de confiance, de respect et d'ouverture. On remarquera également que les **facteurs communs** aux différentes psychothérapies – à commencer par l'alliance thérapeutique – semblent davantage influents que les **facteurs spécifiques** qui varient d'une approche psychothérapique à une autre.

À RETENIR

- La **psychologie** est une discipline qui propose un abord rationnel de la vie psychique aussi bien du point de vue du sujet individuel que du groupe. La **psychologie clinique** s'intéresse aux particularités de la réalité psychique, à l'expression de sa souffrance et à la manière de prendre en charge en cette dernière.
- La rencontre avec la clinique conduit à développer des pratiques et des savoirs qui se distinguent par la prise en compte du caractère **unique** du sujet. Il en découle un **positionnement** et une **démarche clinique** fondés sur une préoccupation pour le sujet en souffrance sur le plan psychique.
- La psychologie clinique implique plusieurs compétences complémentaires : **l'observation, le diagnostic, l'analyse de cas, la formation, l'expertise et la psychothérapie.**
- Il existe différents types d'intervenants dans le champ de la santé mentale (**psychologue, psychiatre, psychothérapeute, psychanalyste**) qui se distinguent de par leur formation mais partagent néanmoins certains champs d'interventions et compétences.
- La psychologie clinique nécessite de développer des compétences avancées dans le champ de la **psychopathologie** (les différentes formes de troubles mentaux) et de la **psychothérapie** (la prise en charge de la souffrance psychique).

NOTIONS CLÉS

- Clinique
- Clinique à mains nues et clinique instrumentale
- Positionnement clinique
- Psychopathologie
- Psychothérapie

POUR ALLER PLUS LOIN

LAGACHE D. (1949), *L'unité de la psychologie*, Paris, PUF.

SCHAUDER S. (2004). *Pratiquer la psychologie clinique aujourd'hui*, Paris, Dunod.

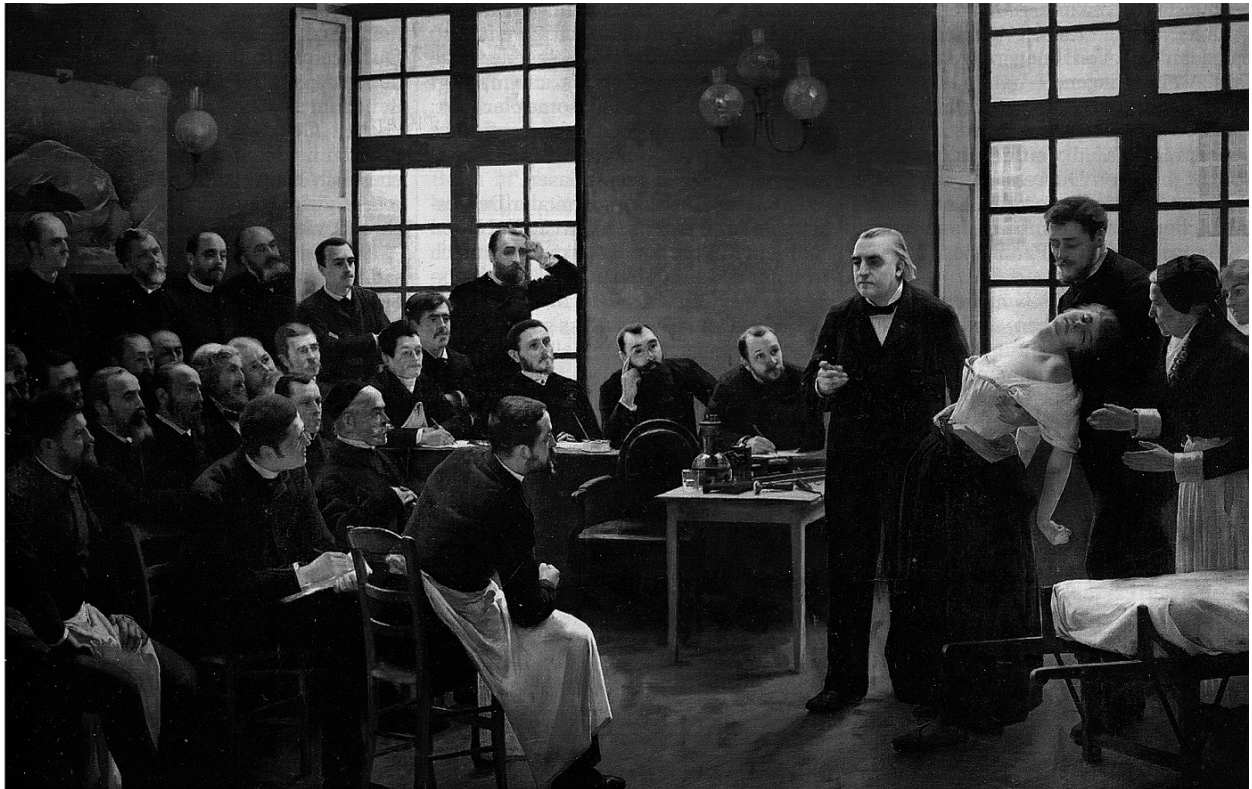
ENTRAÎNEMENT

QUIZZ

1. Quelle est l'étymologie du mot psychologie ?
2. Quels sont les quatre grands types de « psy » ?
3. Le titre de psychologue clinicien est-il protégé par la loi ?
4. Qu'est-ce que l'ARS et que peut-elle délivrer aux psychologues ?
5. Quelle est la différence entre la clinique à mains nues et la clinique instrumentale ?
6. Quelle est la différence entre un psychiatre et un psychologue clinicien ?
7. Le titre de psychothérapeute est-il protégé par la loi ?
8. Comment devenir psychanalyste ?
9. Qu'est-ce que la psychopathologie ?
10. Quels sont les cinq grands courants psychothérapiques ?

Exercices et approfondissement

- Consultez le site du Syndicat National des Psychologues (SNP) :
<http://www.psychologues.org/>
- Consultez le site de la Fédération Française des Psychologues et de Psychologie (FFPP) :
<http://www.psychologues-psychologie.net>
- Consultez le Code de déontologie des psychologues :
<http://www.codededeontologiedespsychologues.fr/LE-CODE.html>



Une leçon clinique à la Salpêtrière (1887), de Pierre Aristide André Bouillet, illustre les célèbres leçons du neurologue Jean-Martin Charcot concernant l'hystérie. Charcot reproduit dans celle-ci les symptômes associés au quatrième stade de la grande hystérie chez la patiente Blanche Wittman alors sous hypnose.

Qu'allons-nous étudier dans ce chapitre ?

- Ce chapitre revient sur les racines historiques de la psychologie clinique et sur les différents courants à l'origine de celle-ci dans le but de mieux en comprendre les spécificités actuelles.
- Nous passerons également en revue plusieurs figures marquantes de la psychologie clinique française.
- Plus largement, nous regarderons l'évolution contemporaine de cette discipline et cela, aussi bien en France qu'à l'étranger.

CHAPITRE 2 De l'origine de la psychologie clinique

PLAN DU CHAPITRE

- [1. Un peu d'histoire : de Gassner à Puységur...](#)
- [2. De différents courants à l'origine de la psychologie clinique](#)
- [3. La psychologie clinique moderne et ses premiers acteurs en France](#)
- [4. La psychologie clinique aujourd'hui et dans le monde](#)

1. Un peu d'histoire : de Gassner à Puységur...

Si la psychologie clinique demeure une discipline relativement jeune en rapport d'autres champs du savoir, les pratiques qu'elle recouvre sont ancestrales. En effet, quelles que soient la culture ou l'époque, toute société produit des dispositifs de prise en charge de la maladie mentale et plus largement de la souffrance psychique. Ainsi, dans les sociétés dites premières ou traditionnelles, le chamane avait ce rôle à la fois de diagnostic et de prise en charge des souffrances somatiques et psychiques.

En Occident, la figure du chamane a évolué progressivement, s'étant en quelque sorte décomposée en une multitude d'intervenants dans le domaine du soin. La psychologie clinique est l'une de ces figures modernes se situant à la rencontre de différentes disciplines, qu'il s'agisse de la médecine, de la psychiatrie, de la philosophie ou encore de la psychanalyse. La psychologie clinique peut d'ailleurs, de ce point de vue, être considérée comme une discipline chimérique dans le sens où elle associe des concepts, des représentations et des pratiques issus de différents champs.

Avant d'en venir plus précisément à la psychologie clinique moderne, un bref détour par ses origines nous paraît donc nécessaire, ses évolutions contemporaines ne devenant réellement intelligibles qu'à partir d'une reprise des mouvements et des forces ayant présidé à son émergence. Nous allons donc parcourir brièvement certaines des étapes les plus marquantes ayant

mené aux pratiques actuelles.

Pour cette exploration historique, le travail du psychiatre et historien Henri Ellenberger (1994) apparaît particulièrement précieux. Celui-ci a en effet entrepris une analyse approfondie des origines des dispositifs cliniques contemporains dans son *Histoire de la découverte de l'inconscient*, soulignant la continuité entre différentes pratiques jusqu'à l'émergence de disciplines comme la psychologie clinique et la psychiatrie dynamique.

Une analyse rétrospective replace ainsi la pratique clinique dans ses fondements historiques, allant du baquet de **Franz Anton Mesmer** au « baquet » de **Sigmund Freud**, pour reprendre l'expression proposée par Jean Laplanche (1987) et René Roussillon (1992). En effet, qu'il s'agisse de **Mesmer**, **Puységur**, **Charcot** ou **Freud**, ce sont les mêmes processus, les mêmes dimensions de l'être humain, qui semblent avoir été appréhendés et théorisés selon des conceptions relatives à chaque époque jusqu'à donner naissance à la psychologie clinique moderne. Cette mise en abyme historique permet de saisir le mouvement de prise et de reprise théorique qui se transmet à chaque nouvelle génération et qui n'est pas sans laisser un reste, comme le souligne René Roussillon (1992) : « Ce qui est décadré du dispositif pratique est "repris" à un niveau d'abstraction plus élevé dans une série de principes – dégagés dans son principe –, de processus voire de théories, mais cette reprise laisse un reste. L'**Aufhebung** n'est jamais complète, elle laisse un dépôt qui est à la fois un vestige et une trace de l'ancien cadre théorico-pratique » ([voir ici](#)).

Aufhebung : terme utilisé notamment par le philosophe Hegel pour décrire un processus d'évolution dialectique (selon, par exemple, la synthèse de deux positions contradictoires).

1.1 Johann Joseph Gassner

Parmi les restes ou vestiges de ces pratiques antérieures, il est tout d'abord possible de repérer la figure du prêtre exorciste Johann Joseph Gassner, né le 22 août 1727 à Braz, en Autriche, véritable maillon entre les représentations théologiques issues du Moyen Âge et les théorisations de l'esprit qui verront le jour à partir du XVIII^e siècle. Gassner était un curé de campagne devenu célèbre exorciste. Il distinguait les maladies naturelles des maladies surnaturelles causées par la sorcellerie et la possession.

Gassner demandait à ses patients d'agiter les parties de leur corps dans

lesquelles se situait le démon. Le patient rentrait alors dans un état de crise et Gassner utilisait différentes formules d'exorcisme pour chasser les manifestations diaboliques dont le possédé était la victime. Une première enquête par l'Université d'Ingolstadt, en Allemagne, accrédita les thèses de Gassner, puis une deuxième commission, conduite notamment par Franz Anton Mesmer, en arrivera à la conclusion que ce prêtre exorciste était honnête mais ne faisait qu'utiliser une partie de son **magnétisme animal**.

1.2 Franz Anton Mesmer

C'est ensuite par ce même Franz Anton Mesmer, né le 23 mai 1734 à Iznang, en Autriche, que ces élaborations démonologiques seront pensées dans un cadre davantage laïc par le biais du **magnétisme animal**. Ayant étudié des domaines aussi variés que la théologie, la philosophie, le droit et la médecine, Mesmer postule l'existence d'un **fluide universel** dans lequel baignerait tout élément et permettant une influence à distance entre les corps comme on l'observe avec le magnétisme entre minerais. Ce fluide pourrait se trouver altéré ou mal réparti et Mesmer vise donc à rétablir l'harmonie de ce fluide. Sa bonne circulation s'accompagne d'un état de crise transitoire qui accentue les symptômes avant de les voir disparaître. Mesmer utilisa au début de sa pratique des aimants dont il abandonna progressivement l'usage, leur préférant l'influence directe du magnétiseur, rendant obsolète la médiation de minéraux. Par le biais de passes, il tentait de créer ainsi un rapport particulier avec son patient, de façon à développer un sens interne, ou sixième sens, qui le reliait à l'ensemble de l'univers. Selon Mesmer, ce sens se trouvait exacerbé durant les états de sommeil et de somnambulisme situés en deçà du langage, permettant ainsi une communication particulière menant à la guérison du patient.

Les succès thérapeutiques de Mesmer le rendirent célèbre, jusqu'à ce qu'il tente de rendre la vue à une jeune musicienne appartenant à la famille royale d'Autriche, Maria-Thérèse Paradis. Mesmer se trouva alors au cœur de vives controverses car Maria-Thérèse ne semblait retrouver la vue que de manière transitoire. Il quitta Vienne en 1777, en conflit avec la famille de la jeune fille. Discrédité par les savants autrichiens, il traversa une période difficile, avant de s'installer en 1778 à Paris, où il ouvrit une maison de santé. Il connut alors à nouveau un succès considérable. C'est à cette période qu'il imagina son

célèbre baquet.

Le baquet de Mesmer



Ce baquet, utilisé pour magnétiser jusqu'à une vingtaine de personnes simultanément, est constitué d'une cuve remplie d'eau préalablement magnétisée. Des tiges sont reliées au baquet et sont appliquées sur l'organe malade du patient. Une corde relie l'ensemble des personnes présentes afin d'aider à la circulation du fluide. Des miroirs sont également placés dans la pièce et renvoient leur image aux patients. Mesmer agit alors par le biais du toucher et de la musique en jouant de l'harmonica de verre et du piano. Cette mise en scène conduit à une séance de transe collective qui reproduit de façon transitoire les symptômes des patients dans le but de les faire ensuite disparaître.

Mais ces pratiques suscitèrent à nouveau l'animosité des autorités et plus particulièrement du monde médical. Deux commissions sont alors désignées pour évaluer l'existence du fluide décrit par Mesmer. L'une de celles-ci, où figurent notamment le chimiste **Antoine Lavoisier** et le physicien **Benjamin Franklin**, conclut en 1784 à l'inexistence du fameux fluide, tout en observant des effets thérapeutiques en cours de séance dont la cause est alors rapportée aux forces de l'imagination. Un autre rapport, secret et destiné au roi, le **rapport Bailly**, insistera sur le danger que représentent ces pratiques, et plus

particulièrement sur d'éventuels attouchements sur la gent féminine au cours des crises. Mesmer se trouve ainsi à nouveau discrédité et quitte Paris en 1785 avant de mourir seul en 1815.

Les théories de Mesmer, contrairement à celles de Gassner, se situaient donc dans un cadre laïc. Elles faisaient référence, de façon métaphorique, aux théories scientifiques de l'époque et s'inspiraient de l'esprit des Lumières. Mesmer rentra néanmoins en conflit avec les représentations médicales de son temps car il réduisait l'ensemble des troubles physiques et psychiques à une mauvaise harmonisation du fluide. Il fut cependant un précurseur concernant la théorisation des rapports entre le thérapeute et son patient. Il fut également l'un des premiers à mettre en place ce que l'on appelle aujourd'hui les **dispositifs de groupe**, utilisant le corps et la musique tout en démontrant l'importance de l'état de crise dans le processus thérapeutique.

On trouve encore aujourd'hui de nombreux vestiges des pratiques de Mesmer dans notre société. Par exemple, la référence au fluide et l'utilisation de passes dites magnétiques sont présentes dans les pratiques des **magnétiseurs**. Ces pratiques peuvent ainsi être pensées comme une première forme de représentation externalisée, matérialisée et symbolique du fonctionnement psychique. Celui-ci se trouvera progressivement internalisé sur le plan théorique au fil des époques comme nous allons l'aborder à présent.

1.3 Le Marquis de Puységur

L'un des principaux successeurs de Mesmer est **Armand Marie Jacques de Chastenet de Puységur**, plus connu sous le nom de Marquis de Puységur (1751-1825). Ancien colonel d'artillerie, il possédait des terres à Buzancy, dans le Soissonnais. Très érudit, le marquis aimait à reproduire des expériences sur la découverte de l'électricité et il s'initia au magnétisme animal sur les conseils de ses frères. Ayant magnétisé quelques soldats de sa garnison, Puységur en vient, le 4 mai 1784, à s'occuper d'un jeune paysan de 23 ans, Victor Race, atteint d'une grave affection pulmonaire. Magnétisé, Victor tombe dans un état de transe différent de ce que décrivait Mesmer. Dans cet état particulier, que Puységur nomme **transe somnambulique** ou **somnambulisme artificiel**, Victor tient une conversation au cours de laquelle ses capacités intellectuelles paraissent plus prononcées qu'à l'état vigile. Il

décrit même son diagnostic, le traitement qui devrait lui être administré et la date de sa future guérison ! Puységur renouvelle l'opération sur d'autres sujets et obtient, à son propre étonnement, des résultats analogues.

Le marquis est vite débordé devant l'afflux des patients et décide d'utiliser, à l'instar de Mesmer, un traitement collectif par le biais d'un orme magnétisé situé au milieu de la place de Buzancy. Les patients se tiennent par la main et sont reliés aux branches de l'arbre par des cordes avant de rentrer dans l'état magnétique. Plus étonnant encore, ils deviennent eux-mêmes thérapeutes grâce aux facultés de lucidité magnétique acquises de la sorte. L'état magnétique prend donc chez Puységur une forme différente des crises mesmériennes, pour devenir une transe somnambulique censée catalyser les effets d'une instance auto-guérisseuse interne. Le rapport médecin-malade est donc modifié par rapport à Mesmer puisque c'est davantage le patient qui est encouragé à découvrir et développer ses propres potentialités thérapeutiques internes.

2. De différents courants à l'origine de la psychologie clinique

2.1 Le développement du cadre thérapeutique au XIX^e siècle

Le magnétisme connaît ensuite, au début du XIX^e siècle, un grand discrédit en France suite aux condamnations évoquées précédemment. En revanche, en Allemagne, le magnétisme est associé au courant romantique qui participe de son développement. Des chaires de mesmérisme furent ainsi créées à Bonn et Berlin vers 1820 et de grands noms comme **Goethe**, **Hegel** (Hegel & Roustang, 2005) et **Schopenhauer** participèrent à la réflexion à son sujet. En 1820, le **général Noizet** fera même parvenir à l'Académie des sciences de Berlin son *Mémoire sur le somnambulisme et le magnétisme animal*, qui sera repris en partie par **Auguste Ambroise Liébeault**.

En France, **Joseph Philippe François Deleuze** fait évoluer les pratiques associées au magnétisme dans son *Histoire critique du magnétisme animal* publiée en 1813. Il délimite la durée des séances et leur rythmicité. Il propose ainsi les premiers éléments constituant véritablement le **cadre thérapeutique**

caractérisé par une certaine régularité, ce qui permet d'être plus économique et confortable aussi bien pour le thérapeute que pour son patient. S'il utilise toujours des passes et la théorie du fluide, Deleuze souligne aussi l'importance de la chaleur comme indicateur de l'échange fluidique. L'ensemble des procédés qu'il tente de rationaliser vise notamment à améliorer le **rapport** entre le magnétiseur et son patient pour agir sur des **points de fixation** du fluide repérés grâce à un grand état de concentration. Les capacités diagnostiques et thérapeutiques sont dès lors davantage intériorisées du point de vue du thérapeute et non du patient.

C'est ensuite **l'Abbé Faria**, dès 1813, qui reprend les pratiques de Mesmer et Puységur en proposant des suggestions post-hypnotiques, Faria pouvant être considéré de ce point de vue comme le précurseur de **l'école de Nancy** et de la **psychothérapie** par la parole. Dans son ouvrage principal, *De la cause du sommeil lucide*, paru en 1819, Faria explique ainsi qu'il ne croit pas à l'existence d'un fluide, raison pour laquelle il utilise tout simplement l'injonction « Dormez ! » auprès de ses patients, plongeant ceux-ci dans un **sommeil lucide** aux vertus réparatrices.

2.2 Le spiritisme

Après le magnétisme animal et le somnambulisme, le **spiritisme** est un autre courant qui eut un impact important sur le développement ultérieur des théories du psychisme. Le spiritisme correspond à un ensemble de techniques visant à entrer en communication avec les défunts. Il prend lieu en 1848, à Hydesville, dans l'État de New York. Deux jeunes filles, Margaret et Kate Fox, âgées respectivement de 12 et 15 ans, rapportent de mystérieux coups frappés dans les murs de leur maison. Il ne peut s'agir selon la famille que des manifestations d'une entité défunte. Les fillettes décident alors de communiquer avec celle-ci en frappant à leur tour dans les cloisons par le biais du morse qui venait d'être inventé. C'est ainsi qu'elles « apprennent » que cet esprit serait en réalité un colporteur décédé, assassiné et enterré dans la cave de leur maison.

Leur histoire donnera naissance à des pratiques se disséminant aussi bien aux États-Unis qu'en Europe. Par exemple, durant les séances spirites, un médium, par le biais d'un processus d'**incorporation**, dit prêter certaines de ses fonctions physiques et psychiques à un esprit, donnant parfois lieu à de

l'**écriture automatique** durant cet état de **possession**. À Paris, le développement du spiritisme fut tel, notamment dans les cercles aristocratiques, qu'il devint une véritable religion avec, pour référence, les écrits d'Hippolyte Léon Denizard Rivail, plus connu sous le pseudonyme d'**Allan Kardec** – du nom d'un druide dont il pensait être la réincarnation – qui publia, en 1857, *Le Livre des Esprits*.

Le spiritisme sera également l'objet d'un regain d'intérêt massif après chacune des deux guerres mondiales, de nombreuses familles essayant ainsi de rentrer en contact avec les soldats disparus au front. Ce mouvement intéressa en outre des scientifiques renommés à la fin du XIX^e siècle, comme le célèbre physicien **William Crookes**. Il testa, dès 1870, plusieurs médiums, notamment Daniel Dunglas Home et Florence Cook. D'autres sujets, appelés médiums à effets physiques, tels que Eusapia Palladino ou Franek Kluski participèrent à des séances à la *Society for Psychical Research* (SPR) et à l'*Institut Métapsychique International* (IMI). Ces expérimentations donnèrent naissance à de vives controverses qui s'estompèrent progressivement au début du XX^e siècle, participant néanmoins du devenir de la psychologie (Evrard, 2016 ; Méheust, 1999). Le spiritisme et la médiumnité se trouvèrent également au centre de débats dans les milieux de la psychiatrie naissante sur les liens entre **folie et spiritisme** (Le Maléfan, 1999). Ces courants permirent de mettre en évidence certaines fonctions particulières de l'esprit humain – en particulier les états de transe et les processus inconscients –, revisitant ainsi d'une manière originale quelques-uns des phénomènes déjà abordés par le magnétisme animal et le somnambulisme artificiel.

De même que le magnétisme, le spiritisme est encore présent dans notre société française contemporaine, même s'il reste relativement discret, à la différence de certains pays, le Brésil en particulier, comme le montrent par exemple les travaux des anthropologues **François Laplantine** et **Marion Aubrée** (1990). Nous retrouvons également le spiritisme dans certaines pratiques adolescentes et dans de nombreuses œuvres de fiction (Evrard, 2010).

2.3 L'hypnose

■ James Braid

C'est **James Braid**, un médecin écossais, qui découvrit, après des expériences menées avec le magnétiseur français **Charles Lafontaine** en 1841, que le sommeil induit par les pratiques magnétiques pouvait être provoqué sans utiliser de passes, comme l'avait déjà souligné l'Abbé Faria. Pour cela, Braid demandait simplement au sujet de fixer un objet brillant, menant celui-ci à un **état de transe** qu'il appela **hypnose**. En mettant de côté les théorisations fluidiques condamnées sur le plan scientifique, et en rendant plus neutre la relation entre l'hypnotiseur et l'hypnotisé, Braid participa ainsi d'une forme de retour et d'intégration progressive du magnétisme animal dans les milieux médicaux.

■ L'École de Nancy : Auguste Ambroise Liébeault et Hippolyte Bernheim

Cette évolution fut poursuivie par un médecin français, **Auguste Ambroise Liébeault**, à Nancy, qui utilisait l'hypnose pour soigner ses patients dans les années 1860. Malgré les critiques de ses confrères, il continua de prodiguer à la fois des soins classiques et hypnotiques, publiant à compte d'auteur en 1866, *Du sommeil et des états analogues*. Liébeault insistait davantage que Braid sur l'importance du rapport avec le patient et sur l'utilisation des **suggestions post-hypnotiques**.

Suggestions post-hypnotiques : suggestions données par le thérapeute ayant un impact sur les pensées et le comportement du sujet après la séance d'hypnose.

La persévérance de Liébeault fut payante, car après près de vingt années de pratique, il attira l'attention du professeur de médecine **Hippolyte Bernheim** qui assista à l'une de ses consultations en 1882. Bernheim n'eut par la suite de cesse de défendre Liébeault et apprit lui-même les techniques hypnotiques. Pour ces médecins, qui seront les fers de lance de l'École de Nancy, le phénomène central et véritable moteur de l'hypnose était la **suggestion**. Bernheim abandonnera ensuite progressivement l'hypnose pour se tourner vers le développement d'une nouvelle méthode qu'il appellera **psychothérapie**.

■ Jean-Martin Charcot et l'école de la Salpêtrière

À la même époque, **Jean-Martin Charcot** (1825-1893), neurologue français réputé, commença à s'intéresser à l'hypnose qu'il utilisait pour étudier **l'hystérie**►. Charcot proposa ainsi à l'Académie des sciences, en 1882, une communication *Sur les divers états nerveux déterminés par l'hypnotisation*

chez les hystériques. Il décrit, notamment dans ses célèbres leçons du mardi à l'hôpital de la Salpêtrière, les phases de la **grande hystérie** et ses différences avec l'épilepsie et les troubles neurologiques, cherchant à démontrer que l'hystérie est une véritable affection qu'on ne peut réduire à l'imagination et au faux-semblant. À l'époque, les médecins ne parvenaient en effet pas à expliquer la nature des troubles hystériques qui prenaient différentes formes sur le plan somatique sans que l'on trouve de lésions organiques à leur origine.

► Cf. [Chapitre 8](#).

Les quatre phases de la grande attaque d'hystérie

Pour Charcot « en pathologie, le déterminisme règne partout, même dans le domaine de l'hystérie ». Il entreprend donc de décrire des phases qui seraient immuables dans l'émergence des crises d'hystérie : d'abord des (1) prodromes de nature épileptoïde donnant lieu à un état de paralysie et des convulsions conduisant ensuite à (2) une phase de clownisme dans laquelle le sujet se débat. Celle-ci serait suivie (3) d'attitudes passionnelles marquées par des états d'extase ainsi que des scènes violentes ou érotiques. Une dernière phase concerne l'émergence d'états délirants, donnant lieu à (4) des délires, avant le retour à la conscience. La durée de la crise pourra être variable d'un sujet à l'autre, allant de seulement une dizaine de minutes à plusieurs heures. Il s'avéra que ces différentes phases étaient en réalité la conséquence d'effets de suggestion comme le proposaient les tenants de l'École de Nancy.

Charcot participa ainsi à l'introduction de l'hypnose dans le monde médical, mais au prix d'un certain processus de **pathologisation**, car il fit de l'hypnose et de l'état de transe des éléments pathologiques associés à l'hystérie. Ce fut là un profond point de désaccord avec les médecins de l'École de Nancy et les anciens pratiquants du **courant magnétiste**, qui ne considéraient pas le sommeil hypnotique comme étant pathologique en lui-même, mais comme recelant au contraire des **potentialités curatives** (Gay, 2005). Au-delà de ce débat, on observe ainsi une forme de retour de la phénoménologie issue des magnétiseurs et des spirites permettant partiellement son intégration académique du point de vue de la relation patient-thérapeute et de la dynamique des processus inconscients.

Depuis, l'hypnose est devenue une approche thérapeutique qui s'est largement développée, notamment avec l'influence de **Milton Erickson** aux États-Unis, ou de **François Roustang** en France, soulignant l'intérêt de l'hypnose dans un cadre thérapeutique. Ses effets sont également étudiés aujourd'hui dans le champ des neurosciences cognitives►.

► Cf. [Chapitre 9](#) pour plus de détails sur l'hypnose.

Un bref bilan s'impose pour recontextualiser la psychologie clinique à partir de ce panorama historique dressé à grands traits, avant d'en venir à des figures plus contemporaines. Comme nous venons de le voir, la phénoménologie clinique semble à chaque époque abordée et théorisée de façon différente et évolutive. **Bertrand Méheust** (1999), philosophe et sociologue français, appelle ce processus le **décrire-construire**. Celui-ci correspond à un « mode de production de la réalité psychique et culturelle qui se trouve déjà en germe dans toutes les élaborations théoriques et pratiques où l'être humain cherche à se représenter sa propre nature » ([voir ici](#)). Le décrire-construire est une conception dans la lignée du pragmatisme de **William James** selon laquelle « l'homme se construit, s'édifie, à travers le processus même par lequel il se décrit ».

Nous voyons ainsi comment l'homme découvre son propre fonctionnement sur le plan psychologique par fragments et par l'intermédiaire de ses dispositifs empiriques et de ses modèles théoriques. À chaque nouvelle époque, un fragment supplémentaire de ce qui caractérise la vie psychique dans toute sa complexité semble ainsi mis en évidence avant d'être repris théoriquement. Par exemple, avec l'hypnose et les études de Charcot, une partie des phénomènes associés au magnétisme et au somnambulisme fut ainsi intégrée au savoir médical de la fin du XIX^e siècle.

Débat : Pourquoi s'intéresser à l'histoire de la psychologie clinique ?

Une meilleure connaissance des origines historiques de la psychologie clinique à plusieurs intérêts : (1) elle permet de mettre en perspective l'évolution des approches thérapeutiques et de les recontextualiser en fonction de leur époque. Ceci permet notamment de prendre une certaine distance à l'égard de nouvelles thérapies « à la mode » qui renvoient parfois à des pratiques connues depuis fort longtemps. De la même manière, (2) l'approche historique aide à relativiser les expressions psychopathologiques actuelles en comprenant que celles-ci émergent le plus souvent en fonction de leur contexte historique. Par exemple, dans *What is mental illness* (2011), Richard McNally, professeur de psychologie clinique à Harvard, reprend les travaux historiques montrant que la phénoménologie actuelle de la schizophrénie ou celle du syndrome de stress post-traumatique ► sont des expressions psychopathologiques récentes. Enfin, (3) on pourra remarquer que les problèmes auxquels se trouvent confrontés les êtres humains demeurent globalement les mêmes et qu'une prise de recul historique permet aussi de relativiser certains apports contemporains concernant des problématiques qui sont en réalité ancestrales.

► Cf. [Chapitre 8](#).

2.4 Sigmund Freud et le développement de la psychanalyse

Cette évolution se poursuit ensuite à la fin du XIX^e siècle et au début du XX^e siècle avec l'émergence de la psychanalyse. Cette discipline fut fondée par **Sigmund Freud** (1856-1939) et peut être pensée, ainsi que le propose Henri Ellenberger (1994), comme une reprise de l'ensemble de cet héritage historique dans un corpus théorique cohérent débouchant sur une pratique thérapeutique originale. Comme dans d'autres approches de l'époque, influencé notamment par les philosophes allemands Nietzsche et Schopenhauer, Freud fait l'hypothèse qu'une part essentielle du fonctionnement psychique est **inconsciente**. Il considère ainsi qu'un certain nombre de productions humaines (le comportement, le langage, les rêves, etc.) sont le fruit de logiques de ce registre. Il propose plus précisément de distinguer les éléments **manifestes** du fonctionnement psychique des éléments **latents** encryptés par l'inconscient et qui ne sont pas directement accessibles à la conscience.

Freud développa notamment ses premières hypothèses à partir de son passage, durant quelques mois en 1895, dans le service de Charcot et de son observation de patientes hystériques. De même que son illustre prédécesseur, Freud tente de comprendre la nature et l'origine des **troubles hystériques**, ce qui le conduit à des réflexions partagées avec **Joseph Breuer** dans un ouvrage publié en 1895 et intitulé *Études sur l'hystérie*. L'hystérie est pensée dans ce texte comme étant un trouble fonctionnel dont l'origine est à rechercher dans la dynamique psychique du sujet. Plus précisément, Freud suppose que des **conflits psychiques inconscients** seraient à l'origine de cette pathologie, hypothèse qu'il mettra ensuite en œuvre pour comprendre la dynamique des rêves avec un ouvrage intitulé *L'interprétation des rêves*, publié en 1900.

Joseph Breuer (1842-1925) : médecin et physiologiste autrichien. Contemporain de Freud qui travailla avec lui sur la compréhension des processus hystériques.

C'est à la même époque que Freud évoque pour la première fois le terme de **psychologie clinique** dans une lettre adressée à Wilhem Fliess le 30 janvier 1899 : « La connexion avec la psychologie telle qu'elle se présente dans les études sur l'hystérie sort du chaos ; j'aperçois les relations avec le conflit, avec la vie, tout ce que j'aimerais appeler la psychologie clinique ».

Freud développera ensuite la psychanalyse qui apparaît à la fois comme un

procédé d'investigation psychologique des processus inconscients, une **méthode thérapeutique** et un **corpus théorique**. Ces différents éléments relatifs à la psychanalyse constitueront l'une des influences fortes présidant à l'émergence de la psychologie clinique en France et plus précisément la **psychologie clinique psychanalytique**¹.

► Cf. [Chapitre 9](#) pour plus de détails concernant l'approche psychanalytique.

3. La psychologie clinique moderne et ses premiers acteurs en France

■ Pierre Janet

Parallèlement aux travaux de Freud dans le champ de la psychanalyse, des psychologues comme Pierre Janet (1859-1947) ont largement participé à l'émergence de la psychologie clinique française. Janet était philosophe, psychologue, médecin et professeur au Collège de France. Il proposait d'étudier la personne dans sa **singularité** et sa **totalité**, développant notamment les concepts de **subconscient** et d'**automatisme psychologique**. Il travaillera tout comme Freud avec des patients hystériques et remarquera, à l'instar de Charcot, la disparition de certains symptômes hystériques sous hypnose.

Janet utilise le terme de psychologie clinique pour la première fois en 1887 et la désigne comme une **philosophie à destination des médecins**. En 1890, Charcot crée pour Pierre Janet un laboratoire de psychopathologie : le *Laboratoire de psychologie de la clinique de la Salpêtrière* qui deviendra le *Laboratoire de psychologie clinique*. Il critique une approche fondée uniquement sur les résultats issus de laboratoires de recherche et porte au contraire l'accent sur l'écoute, l'observation et l'étude de cas.

Notion : L'automatisme psychologique

L'automatisme psychologique est un concept développé par Pierre Janet dans sa thèse en 1889. Comme son nom l'indique, il désigne le fonctionnement automatique de certains processus psychiques subconscients. Une partie de la personnalité du sujet semble ainsi fonctionner de manière entièrement autonome et sans lien avec l'activité consciente. Les processus de ce type émergent notamment dans le cadre de troubles psychotiques.

■ Daniel Lagache

La psychologie clinique française se développe ensuite après la seconde guerre mondiale, notamment sous l'influence de Daniel Lagache (1903-1972). Philosophe, psychiatre et psychanalyste, Lagache s'est très tôt intéressé aux conduites humaines et aux problèmes psychopathologiques étant notamment influencé par l'approche phénoménologique. Il définit un programme pour la psychologie clinique selon lequel il s'agit « d'envisager la conduite dans sa perspective propre, relever aussi fidèlement que possible les manières d'être et de réagir d'un être humain concret et complet aux prises avec une situation, chercher à établir le sens, la structure et la genèse, déceler les conflits, tel est en résumé, le programme de la psychologie clinique ». Il proposera également, en 1949, dans une conférence restée célèbre, présentée auprès du Groupe de l'Évolution psychiatrique et portant sur l'unité de la psychologie, le possible devenir d'une psychologie clinique française qui associerait approches clinique et expérimentale. Professeur de psychologie à la Sorbonne à partir de 1947, il créera également la première licence de psychologie et publiera de nombreux ouvrages sur la pensée psychanalytique portant notamment sur la thématique du transfert.

■ Juliette Favez-Boutonnier

À la même époque, Juliette Favez-Boutonnier (1903-1994), professeur à la Sorbonne, agrégée de philosophie, médecin et psychanalyste, participe également au développement de la psychologie clinique, mais tend à la distinguer davantage d'une forme de psychologie médicale et expérimentale. Fervente partisane de la psychologie clinique à **maines nues** (sans tests ni échelles), elle met, plus que Lagache, davantage l'accent sur **l'intersubjectivité** qui naît de la rencontre entre le clinicien et son patient durant l'entretien clinique. Elle considère la psychologie clinique comme l'étude de la personnalité singulière dans la totalité de sa situation et de son évolution. Elle participa activement à la reconnaissance de la psychologie clinique à l'université avec la création d'un certificat de psychologie clinique à la Sorbonne, en 1966, puis la création d'une Unité d'Études et de Recherches en sciences humaines cliniques à Paris 7 en 1968.

4. La psychologie clinique aujourd'hui et dans le monde

■ En France et en Europe ▶

▶ La liste des **Masters de psychologie clinique** peut être consultée à cette adresse : <https://www.trouvermonmaster.gouv.fr>

Les facultés de psychologie figurent parmi les choix privilégiés d'un grand nombre d'étudiants après le baccalauréat avec près de 45 000 étudiants inscrits dans cette filière. On compte actuellement pas moins d'une **trentaine de Masters** pouvant porter sur des thématiques parfois spécifiques (criminologie, psychosomatique, etc.). La psychologie clinique s'est en effet largement développée dans les universités françaises depuis les années 1970 avec la création du **Diplôme d'Études Supérieures Spécialisées** (DESS, équivalent du Master professionnel) et du **Diplôme d'Études Approfondies** (DEA, équivalent du Master Recherche) permettant la formation d'un grand nombre de psychologues cliniciens sur le territoire français. On compte actuellement en France près de 35 000 psychologues – ce qui représente environ 12 % des psychologues européens – dont environ **27 000** sont **psychologues cliniciens**.

On observe également une **diversification des référentiels théoriques et psychothérapiques** après une période d'hégémonie de l'approche psychanalytique, aussi bien dans la formation que dans la pratique clinique de cette discipline. D'autres courants, comme l'approche systémique, les thérapies cognitivo-comportementales, l'EMDR ou l'hypnose trouvent également leur place dans les formations ▶. Cette richesse des différents référentiels permet de développer des approches se voulant adaptées à chaque patient et vise à étendre le spectre d'intervention des cliniciens selon une **perspective intégrative**.

▶ Cf. [Chapitre 9](#).

L'influence des neurosciences cognitives, une préoccupation pour la thématique de l'évaluation ainsi qu'une formation plus approfondie sur le plan de la recherche induisent des évolutions dans les pratiques et les représentations des psychologues cliniciens. L'ensemble de ces éléments n'est pas sans engendrer un certain nombre de débats et de controverses à l'intérieur même de la discipline concernant son identité, son devenir et sa capacité à produire des modèles qui parviennent à intégrer différentes épistémologies. Il s'agit là d'un des défis majeurs auquel se trouve confrontée la psychologie clinique française afin de poursuivre dans de bonnes

conditions son exploration de la psyché humaine tout en conservant une certaine unité. Ces débats portent en particulier actuellement sur la création d'un ordre des psychologues, le remboursement d'une partie de leurs activités par la Sécurité sociale, ainsi que sur le fait d'étendre au niveau du doctorat la formation nécessaire pour être diplômé comme psychologue. Le développement de centres universitaires de consultation clinique est également en cours de mise en œuvre dans plusieurs universités[►].

► Cf. par exemple, à l'université de Lorraine, le centre Pierre Janet : <http://centrepierrejanet.univ-lorraine.fr/>

Débat : Quelle prise en charge pour l'autisme ?

La prise en charge des **troubles du spectre autistique** (TSA) est probablement l'un des champs relatifs à la psychopathologie qui produit les réactions les plus virulentes et contrastées. Les troubles du spectre autistique correspondent à un trouble neuro-développemental dont la prévalence est d'environ 1 % avec un sex-ratio de 4:1 en faveur des garçons. L'origine des TSA est complexe et multifactorielle, menant à une grande hétérogénéité clinique. Dans les recommandations les plus récentes de la *Haute Autorité de Santé (HAS)*, s'appuyant sur l'actualisation du DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), l'appellation TSA remplace celle de Troubles envahissants du développement, élargissant du même coup la définition du champ clinique correspondant aux troubles de nature autistique.

HAS : Autorité publique indépendante, créée en 2004, qui a notamment un rôle de diffusion des bonnes pratiques dans le champ de la santé.

Décrits initialement par Kanner et Asperger dans les années 1940, les TSA induisent en particulier des difficultés sur (1) le plan de la communication et des interactions sociales ainsi que (2) des comportements au caractère restreint et répétitif. Lorsque le QI du patient est supérieur à 70, on utilise parfois le terme de syndrome d'Asperger ou d'Autisme de haut niveau. Les premiers symptômes apparaissent habituellement avant 36 mois et nécessitent un dépistage précoce. La prise en charge qui sera mise en place sera pluridisciplinaire.

Sur le plan thérapeutique – comme étiologique d'ailleurs –, de vifs débats ont lieu fréquemment entre les tenants des différentes approches. En ce domaine, les preuves scientifiques manquent encore pour déterminer précisément aussi bien les origines de ces troubles que la meilleure manière de les prendre en charge. Des approches comportementales (Weitlauf *et al.*, 2014) aussi bien que des approches davantage tournées vers l'usage des médiations (Gold, Wigram, & Elephant, 2006) ont néanmoins pu faire leurs preuves dans le cadre d'études quantitatives.

Cette question est d'autant plus délicate que les TSA correspondent à des troubles hétérogènes avec des évolutions très variables d'un enfant à un autre. En conséquence, la mise en place d'une démarche intégrative associant plusieurs approches, adaptée à chaque enfant, semble la plus cohérente, en évitant autant que possible de rentrer dans des clivages idéologiques. Des moyens importants de dépistage précoce (par le biais notamment des **Centres Ressources Autisme**) et de prise en charge sont également essentiels dans un champ qui manque encore cruellement de ressources en France.

Sur le plan théorique, comme nous venons de le voir, l'émergence de la

psychologie clinique fut en France très influencée par la philosophie, la médecine et la psychanalyse, la plupart de ses fondateurs ayant une formation dans ces trois domaines. Mais la situation est très variable d'un pays à l'autre. En Europe, on compte actuellement environ **300 000 psychologues** (soit un ratio d'environ un psychologue pour 1 500 habitants) et le titre de psychologue est protégé dans la plupart des pays européens. Le niveau de formation est le plus souvent de niveau Master même si le Doctorat est nécessaire dans certains pays comme la Grande-Bretagne. On consultera à ce sujet avec intérêt les différentes modalités de sélection et les référentiels théoriques des programmes doctoraux britanniques[►].

► Cf. <https://www1.bps.org.uk/system/files/user-files/Division%20of%20Clinical%20Psychology/public/Alt%20Hand%202018%20v6.pdf>

Une certification, **EuroPsy**[►], favorise en outre la mobilité internationale des psychologues.

► Cf. www.europsy.fr

■ Un exemple international : le développement de la psychologie clinique aux États-Unis

Au niveau mondial, si nous prenons l'exemple des États-Unis qui ont eu une influence importante sur l'évolution de la psychologie, les origines de la psychologie clinique furent très différentes. L'une des premières figures en est **Lightner Witmer** (1867-1956), élève de **Wilhem Wundt** en 1919. Les psychologues cliniciens étudient alors les cas singuliers, contribuent au diagnostic et réalisent des bilans ainsi que des thérapies individuelles et de groupe.

Wilhem Wundt (1832-1920), psychologue et philosophe allemand, fut l'un des fondateurs de la psychologie expérimentale.

L'**APA** est la principale association de psychologues aux États-Unis : www.apa.org

En 1947, l'APA précise le statut du psychologue clinicien en proposant un cadre de formation et de recherche clairement déterminé, associé à l'obtention du **doctorat**. On distingue plus précisément le **PsyD**, orienté essentiellement sur la pratique clinique sous forme d'un internat clinique et le **PhD**, davantage porté vers la recherche. Dans les deux cas, il s'agit d'une formation longue qui se déroule en partie dans des centres de consultation universitaires. L'accès au doctorat de psychologie clinique est extrêmement sélectif et seulement quelques candidatures sont retenues chaque année.

La psychologie clinique aux États-Unis a donc des assises institutionnelles plus anciennes et s'est développée d'emblée selon une **approche pragmatique** et **expérimentale**, conduisant également au développement important des thérapies cognitivo-comportementales après la seconde guerre mondiale ainsi que d'autres courants comme la systémie et l'approche humaniste[►].

► Cf. [Chapitre 9](#).

À RETENIR

- Le développement des dispositifs cliniques contemporains est le fruit d'une longue histoire dont on peut retrouver les traces dans le **chamanisme** et certaines **pratiques exorcistes** comme celle de **Johann Joseph Gassner**.
- Le **mesmérisme** (avec Franz Anton Mesmer) et le **somnambulisme artificiel** (avec le Marquis de Puységur) ont été deux courants importants au XVIII^e siècle qui représentent les ancêtres des dispositifs cliniques contemporains. Ils proposaient chacun les premières formes de **théorisation de l'activité psychique** dans le cadre de dispositifs individuels ou groupaux.
- Le **cadre thérapeutique** sera ensuite progressivement affiné tout au long du XIX^e siècle avec des auteurs comme **Joseph Philippe François Deleuze** et **l'Abbé Faria** qui permettent de rendre plus cohérent et régulier le cadre dans lequel les patients sont reçus.
- La reprise, à chaque nouvelle époque, des mêmes problématiques liées au fonctionnement du psychisme d'une manière originale se réalise selon le processus du **décrire-construire**. Ce processus conduit à des expressions psychopathologiques et des dispositifs thérapeutiques qui évoluent dans le temps, partant de visions très « externalisées » du soin à une vision plus « internalisée » des processus psychiques.
- Le développement moderne de la psychologie clinique aura également été influencé par le **spiritisme** et l'**hypnotisme** qui ont mis en évidence certaines particularités de l'esprit humain et de sa dynamique inconsciente. Celle-ci sera étudiée de manière approfondie par la **psychanalyse** qui aura une influence importante sur le développement des modèles de la psychologie clinique, notamment en France.
- **Pierre Janet**, **Daniel Lagache** et **Juliette Favez-Boutonnier** ont été parmi les auteurs contemporains ayant largement participé au développement de la psychologie clinique française. Celle-ci demeure une discipline jeune dont l'**unité** est au travail compte tenu des différents **référentiels épistémologiques** qui la composent. Les évolutions contemporaines de la psychologie clinique la conduisent notamment à une approche qui se veut davantage **intégrative**.

NOTIONS CLÉS

- Débats concernant la nature de l'hystérie
- Décrire-construire
- Hypnose
- Mesmérisme et somnambulisme
- Subconscient et automatisme psychologique
- Unité de la psychologie

POUR ALLER PLUS LOIN

ELLENBERGER H. F. (1994), *Histoire de la découverte de l'inconscient*, Paris, Fayard.

FREUD S., BREUER J. (1895), *Études sur l'hystérie*, Paris, PUF, 2007.

MÉHEUST B. (1999), *Somnambulisme et médiumnité*, Paris, Les Empêcheurs de penser en rond.

ENTRAÎNEMENT

QUIZZ

1. De quel pays était originaire Franz Anton Mesmer ?
2. Qu'utilisait Mesmer au début de sa pratique ?
3. Quelle différence observe-t-on dans les résultats obtenus par Mesmer et Puységur ?
4. Quel est le nom du premier paysan traité par Puységur ?
5. Qui a largement amélioré le cadre thérapeutique ?
6. Quel épisode historique est fréquemment repéré comme étant à l'origine du spiritisme ?
7. Quelles sont les deux grandes écoles abordant l'hypnose à la fin du XIX^e siècle ?
8. Qui a inventé le terme de subconscient ?
9. Dans quel ouvrage Daniel Lagache propose-t-il sa vision de la psychologie clinique française ?
10. Juliette Favez-Boutonnier porte davantage son intérêt en clinique sur... ?

Exercice pour approfondir

Regardez ces trois films qui mettent en scène les origines de la psychologie clinique, en particulier dans le champ psychanalytique :

- la rencontre de Charcot avec des patientes hystériques dans *Augustine* (2012),
- les premiers développements de la psychanalyse entre Freud et Jung dans *A dangerous method* (2011),
- le classique *Freud, passions secrètes* (1962) qui propose une synthèse des principaux apports du fondateur de la psychanalyse.



Qu'allons-nous étudier dans ce chapitre ?

- Ce chapitre aborde de manière plus concrète la formation et la pratique du psychologue clinicien.
- Nous étudierons à cette occasion les principales compétences que le clinicien est conduit à développer au cours de son cursus ainsi que les méthodes qu'il met en œuvre dans sa pratique quotidienne.

CHAPITRE 3 Le métier de psychologue clinicien

PLAN DU CHAPITRE

- [1. Formation](#)
- [2. Pratique](#)
- [3. Savoirs](#)
- [4. Méthodes et outils](#)

1. Formation

En France, le titre de psychologue est **protégé par la loi** depuis la publication de l'article 44 de la loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 et du décret n° 90-255 du 22 mars 1990 qui déterminent les diplômes nécessaires pour user du titre professionnel de psychologue. Le délit d'usurpation du titre de psychologue est puni des peines encourues par l'article 433-17 du Code pénal. Ces articles précisent également que le titre de psychologue ne peut être obtenu qu'après l'obtention d'une Licence et d'un Master de psychologie, s'agissant d'une « formation universitaire fondamentale et appliquée de haut niveau ». À noter qu'il est également possible d'obtenir le titre de psychologue en suivant la formation dispensée par l'École des Psychologues Praticiens (EPP).

Une fois diplômé, le psychologue est tenu de faire enregistrer son diplôme auprès de l'Agence Régionale de Santé (ARS) pour être inscrit au sein du répertoire national ADELI (Automatisation Des Listes) qui permet l'enregistrement des professionnels de santé sur le territoire français. Le psychologue obtient alors un numéro ADELI qui permet de l'identifier et de vérifier qu'il est bien inscrit sur les répertoires officiels de la profession.

Après ou parallèlement à l'obtention de son Master, le psychologue clinicien peut réaliser des formations complémentaires en milieu universitaire, en particulier des **Diplômes Universitaires (DU)** qui proposent une formation plus spécifique concernant, par exemple, certaines pathologies (psychopathologie de l'enfant, addictologie, victimologie, etc.) ou des méthodes utilisées dans le champ clinique (psychothérapies, méthodes

projectives, etc.). Il arrive aussi fréquemment que le clinicien poursuive sa formation au sein d'écoles ou d'organismes privés, le plus souvent des associations loi 1901, qui offrent différentes activités visant à approfondir la formation clinique initialement reçue : groupes de lectures, séminaires cliniques, conférences, colloques, congrès, etc. On remarquera également que le jeune clinicien est fréquemment supervisé par un clinicien plus expérimenté dans le cadre de **supervisions** individuelles ou groupales. Le lieu d'exercice du psychologue est par ailleurs un lieu essentiel de formation de par sa rencontre même avec la clinique. On peut considérer que la psychologie clinique invite le professionnel à s'engager dans un processus de formation qui s'étend sur l'ensemble de sa carrière, évoluant au fil de sa pratique et en fonction des différentes formes de souffrance psychique qu'il est amené à rencontrer cliniquement.

Une **liste de DU** est proposée à cette adresse : <https://etudepsychologie.com/2012/09/09/liste-des-diplomes-universitaires-du/>

À l'issue de son Master, le psychologue clinicien peut réaliser un **doctorat** de psychologie clinique. Le doctorat est un travail de recherche clinique durant habituellement entre trois et cinq ans et conduisant au titre de Docteur en psychologie clinique. Certains étudiants de doctorat obtiennent un financement appelé **contrat doctoral**, associé habituellement à une petite charge d'enseignement. Des cliniciens expérimentés s'engagent parfois dans un doctorat plus tardivement dans le but de faire un travail de synthèse, de reprise et d'élaboration à partir de leur pratique sur un terrain clinique en particulier.

Le Doctorat est une étape nécessaire pour devenir **enseignant-chercheur** en psychologie clinique parmi lesquels il existe plusieurs corps. Tout d'abord, les Attachés Temporaires d'Enseignement et de Recherche (ATER) sont enseignants-chercheurs sur des contrats limités à deux années au maximum. Par la suite, après une qualification auprès du *Conseil National des Universités* (CNU, section 16 pour la psychologie), il est possible de candidater sur des postes de **maître de conférences** publiés par les universités françaises. À l'issue d'un concours très sélectif, le candidat est nommé enseignant-chercheur et devient fonctionnaire de catégorie A. Il peut par la suite présenter une **Habilitation à Diriger des Recherches** (HDR), diplôme universitaire le plus élevé, qui lui permet de diriger des thèses et demander la

qualification auprès du CNU comme **professeur des universités**. Il peut alors à nouveau candidater sur des postes de professeur de psychologie clinique publiés par les universités françaises. La charge d'enseignement d'un universitaire est habituellement de 192 heures par an. Les enseignants-chercheurs sont par ailleurs rattachés à des **laboratoires de recherche** qui favorisent le développement des recherches sur des thématiques données. Les enseignants-chercheurs cliniciens ont fréquemment des activités cliniques associées à leurs activités universitaires.

2. Pratique

2.1 Activités principales

Les psychologues cliniciens interviennent auprès de populations très variées, qu'il s'agisse du nourrisson, de l'enfant, de l'adolescent, de l'adulte ou de la personne âgée. Leurs lieux d'intervention sont également multiples. Parmi les principaux, on citera, sans soucis d'exhaustivité : les hôpitaux généraux ou psychiatriques (et les nombreuses structures qui en dépendent : CMP, Hôpitaux de jour, CATTP, etc.), les structures médico-sociales (Centres Médico-Psycho-Pédagogiques, Centres d'Action Médico-Sociale Précoce, Foyers de vie, ESAT, Instituts Médico-Éducatifs, Instituts thérapeutiques et Pédagogiques, Instituts Médico-Professionnels, Maisons d'Accueil Spécialisées, EHPAD, SAVS, etc.), les Maisons d'Enfants à Caractère Social, les Maisons des départements, le milieu judiciaire et pénitentiaire, le milieu scolaire, la pratique libérale, etc. Si le métier de psychologue clinicien varie selon ces populations et les différents lieux qui leur sont liés, il est néanmoins possible de distinguer certaines fonctions ou compétences et cela, quel que soit le champ d'activité envisagé :

- l'évaluation et le diagnostic,
- le soutien psychologique,
- la psychothérapie,
- la supervision et l'analyse institutionnelle,
- la formation et l'enseignement,
- la recherche.

Voici plus précisément en quoi consistent ces activités. Le psychologue

clinicien sera amené à développer des compétences dans le champ de **l'évaluation**, visant une évaluation globale de la santé mentale et de la vie psychique du sujet, ce qui peut le conduire à proposer un **diagnostic** sur les plans fonctionnel et structural[►]. Cela peut concerner aussi bien l'évaluation du risque suicidaire dans des services d'urgences, qu'une expertise dans le champ judiciaire à la demande du juge ou certains aspects du fonctionnement cognitif d'un enfant à partir de différents tests. Cette capacité d'évaluation lui permet de déterminer la pertinence de la mise en place d'un **soutien psychologique**, éventuellement étayé par des éléments relevant davantage du conseil comme on le voit, par exemple, dans le champ de la parentalité. Cela le conduira parfois à suggérer d'autres bilans (notamment médicaux ou paramédicaux) ou aides, différentes que celles qu'il pourra directement apporter. Pour les patients qui le nécessitent, aussi bien en pratique individuelle que groupale, le psychologue clinicien peut être conduit à mettre en place des **psychothérapies**. Il peut également accompagner la réflexion clinique dans le cadre d'activités de **supervision**, individuelles ou groupales, que ce soit auprès d'autres psychologues ou d'intervenants du champ psychosocial (éducateurs, infirmiers, etc.).

► Cf. [Chapitre 8](#).

Exemple : Journée type d'un psychologue en Centre Médico-Psychologique pour enfants et adolescents

Après une réunion d'équipe de deux heures afin de faire le point sur les différents patients et les nouvelles demandes de la semaine, le psychologue clinicien pourra réaliser cinq ou six entretiens auprès d'enfants et de leur famille, entretiens durant habituellement entre 45 minutes et une heure. Il pourra également rédiger un ou deux bilans et participera à quelques échanges informels avec des collègues afin d'apporter un éclairage concernant certaines situations. Il sera aussi possible qu'il co-anime un groupe thérapeutique ou bien encore qu'il participe à une réunion en milieu scolaire.

À partir de ces différentes compétences cliniques, il peut aussi proposer des activités de **formation**, notamment l'encadrement de **stagiaires psychologues**, et participer à **l'enseignement** en milieu universitaire. Enfin, il contribue parfois au développement de **recherches** visant, par exemple, à évaluer certains dispositifs cliniques et participer plus largement à la

réflexion concernant les expressions contemporaines de la souffrance dans notre société. Ces différentes activités se complètent et s'enrichissent mutuellement, relevant du processus de formation clinique tout au long de la carrière d'un clinicien.

2.2 Rémunération et accès à l'emploi

La rémunération des psychologues cliniciens salariés varie en fonction de leur lieu d'exercice, de la convention collective appliquée (par exemple, convention 66 ou convention 51) et de grilles de salaire spécifiques s'ils sont contractuels ou fonctionnaires au sein de collectivités territoriales, dans le cadre de la fonction publique ou de la fonction hospitalière. À noter que de nombreux psychologues associent plusieurs temps partiels dans différentes structures. Habituellement, un psychologue clinicien débute sa carrière aux alentours de 1 300-1 600 euros nets par mois et termine celle-ci à un salaire qui se situe à environ 3 000 euros nets par mois. La rémunération d'un psychologue clinicien en libéral est très variable et dépend de nombreux facteurs : lieu d'exercice, nombre hebdomadaire de consultations, montant des honoraires. L'activité en libéral n'est pas aisée car elle peut notamment s'avérer très concurrentielle. Elle concerne des cliniciens qui ont accumulé au préalable une expérience institutionnelle leur permettant d'avoir suffisamment de connaissance de la psychopathologie et de la psychothérapie pour accompagner les patients en toute sécurité.

À noter qu'il n'est pas toujours facile pour les jeunes cliniciens de trouver un emploi dès qu'ils sont diplômés. Cependant, les enquêtes réalisées montrent, dans un certain nombre d'universités, des taux d'insertion excellents au bout de deux ans, ceux-ci pouvant se situer aux alentours de 80 à 90 %. Les premiers emplois sont souvent des temps partiels à durée déterminée qui se transforment progressivement en des emplois pérennes. Pour les postes de fonctionnaire, notamment en milieu hospitalier et dans les collectivités territoriales, il est nécessaire de passer les concours de la fonction publique.

3. Savoirs

La pratique du psychologue clinicien conduit à l'acquisition d'un savoir clinique relatif à trois champs complémentaires :

- le savoir théorique,
- le savoir-faire,
- le savoir-être.

3.1 Savoir théorique

Le savoir théorique désigne un ensemble de connaissances acquises tout au long du cursus de psychologie en milieu universitaire. En licence, celles-ci portent sur des aspects généralistes de la psychologie abordant d'autres champs connexes (statistiques, méthodologie, langues, psychologie développementale, cognitive, sociale, expérimentale, différentielle, etc.) ainsi que des aspects historiques relatifs à la discipline. Ce savoir théorique permet de recontextualiser la psychologie clinique au sein de la constellation de sous-disciplines qui composent la psychologie. Il donne aussi l'occasion de développer des compétences transversales dans le champ de l'expression écrite et orale nécessaires au métier de psychologue clinicien (rédaction de comptes-rendus, présentation de cas, rédaction d'articles, etc.).

Ce savoir porte également sur les différentes manières dont se construisent les connaissances dans cette discipline sur le plan épistémologique. Il s'agit d'une question complexe car la psychologie clinique croise plusieurs épistémologies issues aussi bien des sciences humaines (qui visent davantage à **comprendre**) que des sciences expérimentales (qui visent davantage à **expliquer**). De ce point de vue, tout clinicien est confronté à ce que le philosophe et sociologue Edgar Morin (2005) appelle la **réalité hypercomplexe** qui correspond au fait qu'un être humain, son psychisme, sa subjectivité ne peuvent être réduits à un ensemble de variables obéissant à des causalités linéaires quand on tente de le comprendre dans son entièreté. Il s'agit par conséquent de développer une pensée complexe qui parvienne à s'adapter à cet objet particulier que représente le psychisme humain.

L'hypercomplexité

Edgar Morin (2005) a proposé la notion d'hypercomplexité pour désigner certains principes qui organisent la réalité et que l'on peut appliquer à la réalité psychique, en particulier les trois principes suivants :

- 1) Le principe **hologrammique** qui « signifie que non seulement la partie est dans un tout, mais que le tout est inscrit d'une certaine façon dans la partie » ;
- 2) La **récurtivité** qui forme une boucle « où les effets rétroagissent sur les causes, où les produits sont

eux-mêmes producteurs de ce qui les produit » ;

3) La **dialogique** qui forme « une unité complexe entre deux logiques, entités ou instances complémentaires, concurrentes et antagonistes qui se nourrissent l'une de l'autre, se complètent, mais aussi s'opposent et se combattent ».

La rencontre avec la clinique implique également de s'interroger concernant sa **propre influence sur son objet d'étude**. Le psychologue se trouve ainsi confronté à des enjeux spécifiques en comparaison, par exemple, du chimiste ou du biologiste, dont la préoccupation pour leur propre psyché est plus limitée, voire même mise à distance dans les protocoles expérimentaux. Par exemple, comment comprendre la subjectivité d'autrui à partir de sa propre subjectivité ? Ou encore quels effets sont induits par la subjectivité de l'observateur sur la subjectivité de l'observé et inversement ▶ ?

▶ Cf. [Chapitre 4](#).

Chaque approche, selon qu'elle vise à comprendre ou à expliquer, permet ainsi d'explorer un même objet selon des perspectives complémentaires. Il existe ainsi une grande variété de modèles dans le champ clinique qui correspondent à différents abords théoriques : les modèles psychanalytiques, systémiques, cognitifs, etc. Chacun d'eux tente, par ses méthodes, ses outils et ses concepts, de rendre compte du fonctionnement psychologique, des troubles psychiques qui y sont associés et de la manière la plus adaptée de les prendre en charge. Ces modèles évoluent et ce savoir théorique nécessite que le clinicien se tienne à jour des avancées dans son domaine. Par exemple, certaines évolutions empiriques ou conceptuelles aideront à mieux comprendre la nature et les origines d'un trouble psychopathologique comme la dépression. Ou bien encore, une nouvelle approche psychothérapique pourra être proposée pour soigner certaines affections, comme cela peut être le cas avec le développement de l'usage des médiations thérapeutiques ▶.

▶ Cf. [Chapitre 9](#).

SITUATION CLINIQUE : Le sujet post-moderne et les pathologies contemporaines

De nouvelles formes d'expressions psychopathologiques émergent fréquemment, quelle que soit la culture ou l'époque. Un certain nombre d'auteurs évoquent ainsi l'émergence du sujet dit « post-moderne » qui pourrait être généré par l'effondrement de sociétés régies par le patriarcat (Pirard,

2010). Les évolutions technologiques ont également une large influence dans l'évolution de la structuration du sujet dans nos sociétés contemporaines. Parmi ces formes pathologiques particulières, nous pourrions citer les « addictions » aux jeux vidéo, le *binge drinking* ou encore le syndrome de fatigue chronique, qui se sont largement développés ces dernières années. Ces évolutions ne doivent pas faire oublier la structure sous-jacente à ces troubles, qui semble, elle, plus stable, comparativement à la tonalité culturelle liée à l'expression psychopathologique[►].

► Cf. [Chapitre 8](#).

3.2 Savoir-faire

À partir de ces connaissances théoriques, le clinicien développe des outils spécifiques et un savoir-faire adapté à ceux-ci. Il s'agit tout d'abord de méthodes généralistes comme l'**observation** (par exemple : comment observe-t-on un bébé ?) et la conduite de l'**entretien clinique** (par exemple : quelle attitude avoir durant un entretien clinique ?). Ces compétences organisent le positionnement clinique et la manière d'interagir avec le patient[►].

► Cf. [Chapitre 5](#).

Il s'agit ensuite de savoirs plus techniques prenant appui sur l'usage de **tests** et de **questionnaires**. Ceux-ci permettront d'apprendre à évaluer une situation clinique dans son ensemble sur les plans diagnostiques et processuels.

Enfin, le niveau le plus complexe de ce savoir-faire concerne l'usage de **méthodes et de techniques psychothérapeutiques** qui se développent au fil de l'expérience et de la sensibilité du clinicien[►].

► Cf. [Chapitre 9](#).

3.3 Savoir-être

Le savoir théorique et le savoir-faire s'associent au savoir-être. On pourrait considérer de ce point de vue que le clinicien devrait être un **expert en relations humaines** aussi bien sur le plan théorique que sur le plan de la pratique. Le clinicien développe ainsi un ensemble de **compétences interrelationnelles** qui ne peuvent être réduites à un simple apprentissage académique. Par exemple, il sera nécessaire qu'il sache faire preuve d'un minimum de **tact** comme le soulignait le médecin et psychanalyste hongrois **Sandor Ferenczi**. De manière plus générale, le clinicien, doit également

apprendre à devenir **son propre instrument de mesure** dans le but de comprendre le vécu subjectif de ses patients.

Sandor Ferenczi (1873-1933): psychanalyste hongrois contemporain de Freud qui a proposé plusieurs idées innovantes dans le champ du trauma et de la technique psychanalytique.

Le tact

Voici comment Sandor Ferenczi (1928) présentait le tact dans le champ psychanalytique :

« J'ai acquis la conviction que c'est avant tout une question de *tact* psychologique, de savoir quand et comment on communique quelque chose à l'analysé, quand on peut déclarer que le matériel fourni est suffisant pour en tirer des conclusions ; dans quelle forme la communication doit être le cas échéant habillée ; comment on peut réagir à une réaction inattendue ou déconcertante du patient ; quand on doit se taire et attendre d'autres associations ; et à quel moment le silence est une torture inutile pour le patient, etc. Vous voyez, avec le mot de "tact" j'ai seulement réussi à exprimer l'indétermination en une formule simple et plaisante. Mais qu'est-ce que le tact ? La réponse à cette question ne nous est pas difficile. *Le tact, c'est la faculté de "sentir avec"* » ([voir ici](#)).

En des termes plus contemporains, on pourrait évoquer les nombreux travaux portant sur **l'intelligence émotionnelle** popularisés auprès du grand public par le psychologue **Daniel Goleman** (2003) dans son ouvrage *L'intelligence émotionnelle*. Celle-ci se situe à la rencontre de la capacité à percevoir les émotions, les réguler et les utiliser aussi bien chez soi que chez autrui. Ces différentes compétences relatives aux émotions et aux affects sont centrales dans la pratique du clinicien, celui-ci se trouvant fréquemment en situation d'étayage, voire de « soupape » émotionnelle de ses patients à partir de ses **capacités empathiques**.

EXEMPLE CLINIQUE : L'accompagnement du sujet ayant des pensées suicidaires

Lorsqu'un patient est en grande souffrance et qu'il évoque des idées suicidaires dans un contexte dépressif, le clinicien devra être en mesure d'être suffisamment « touché » par son patient sur le plan émotionnel sans pour autant sombrer avec lui dans un état de détresse psychique. Il s'agit ainsi de trouver la bonne distance émotionnelle entre empathie et contenance. Une métaphore aidera à comprendre ce positionnement : comme en apnée, il s'agira de rejoindre le patient là où il se situe sous le niveau de la mer, mais de parvenir ensuite à remonter avec lui et non de demeurer piégé dans un état psychique mortifère.

Ces compétences affectives s'associent au développement de capacités **méta**

ou encore **méta-réflexives** qui correspondent à la possibilité de s'observer soi-même en train de réfléchir. De nombreux travaux ont été développés ces dernières années concernant la **métacognition** qui correspond à la « cognition sur la cognition », c'est-à-dire la capacité à développer des pensées sur ses propres pensées. Dans le champ de la clinique, ce n'est pas tant la dimension cognitive de ce processus qui est au premier plan que ce qu'il implique au niveau des **affects**. Il s'agit ainsi d'être en mesure de s'interroger sur ce que le patient nous fait éprouver, sur ce qu'il « transfère » en nous et de quelle manière il tend à imprégner notre propre réalité psychique. C'est alors habituellement dans ce que l'on appelle **l'après-coup** qu'il est possible de prendre conscience et de développer ce regard méta sur ce qui s'est joué avec le patient. Le clinicien effectue ainsi un travail de transformation de l'activité psychique du patient par le biais de sa propre **réflexivité**.

Après-coup : concept psychanalytique développé initialement par Jacques Lacan à partir du terme allemand *Nachträglichkeit* et de son usage par Freud. Cette notion insiste sur le travail de remaniement psychique en lien avec certains événements à partir de logiques ultérieures de resignification modifiant profondément leur sens.

► Cf. [Chapitre 9](#).

En vue d'accompagner ces compétences affectives et réflexives, la plupart des cliniciens effectuent durant leur parcours de formation un **travail psychothérapique personnel**. Cela leur permet de mieux se comprendre eux-mêmes et de saisir ce qui les anime, de façon à éviter de « projeter » chez autrui leur propre problématique psychique. En effet, s'il existe chez tout praticien du soin des raisons multiples et complexes à l'origine de son désir d'aider autrui, il est essentiel d'être en mesure d'avoir pu élaborer suffisamment ce qui a orienté une telle vocation et de savoir prendre un certain recul à ce propos.

La réflexivité et la fonction miroir du clinicien



Le clinicien peut être considéré de ce point de vue comme un miroir. Il reflète et réfléchit

à autrui sa propre image. Il aide ainsi le patient à percevoir ce qu'il n'est pas en mesure de percevoir spontanément de lui-même, lui permettant de se re-présenter et de re-sentir ce qui le fait souffrir à son insu.

Si le miroir est trop sombre et qu'il ne réfléchit pas suffisamment, alors ce travail ne pourra pas s'effectuer convenablement. Il en sera de même si le miroir est trop déformant. La fonction miroir du psychologue clinicien est donc essentielle et se doit de renvoyer d'une manière suffisamment fiable (et avec tact) sa propre image au patient pour l'aider à intégrer ce qu'il ne parvient à se représenter de son propre fonctionnement psychique[►].

► Cf. le chapitre 9 pour plus de détails.

Question : pourquoi devenir psy ?

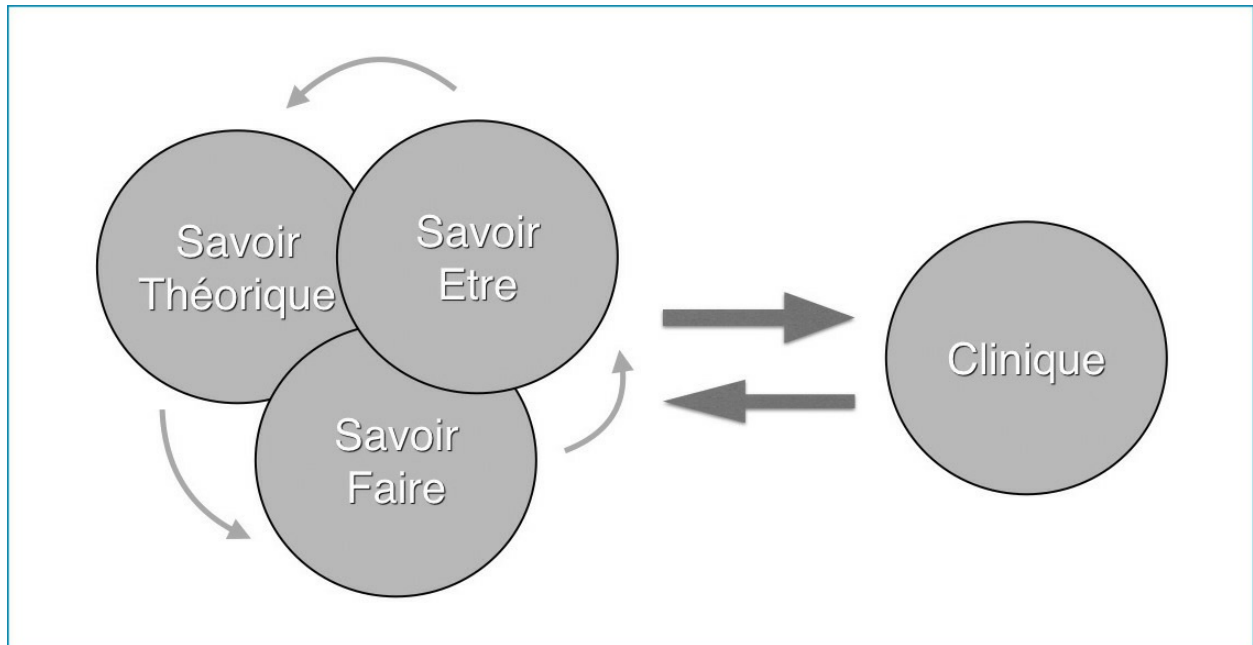
Pourquoi vous être orienté dans le champ de la psychologie ? Pourquoi voulez-vous devenir psychologue clinicien ? Vous êtes-vous interrogé concernant la dynamique psychique à l'origine de ce désir ? Parvenez-vous à faire des liens éventuels entre votre propre histoire et ce désir de rencontre clinique ?

SITUATION CLINIQUE : Répétition et réparation : la névrose d'échec

Certains patients semblent répéter comme un « disque rayé » des histoires amoureuses lors desquelles ils tentent, consciemment ou non, de « réparer » leur partenaire. Il s'agit souvent, en réalité, d'une tentative de se réparer soi-même, car à des niveaux de fonctionnement psychique très archaïques, la différenciation entre soi et autrui s'estompe[►]. Soigner l'autre revient alors à se soigner soi-même. Lorsque ce processus sera trop marqué, le risque sera grand de projeter et de manipuler par l'intermédiaire d'autrui des éléments appartenant à sa propre vie psychique. Ce processus pourra se transformer en **névrose d'échec** quand il conduit le sujet à reproduire inconsciemment le même scénario, avec le plus souvent un dénouement tragique. La souffrance associée ne fait souvent que s'accroître à mesure que le processus se répète.

► Cf. [Chapitre 7](#).

Le clinicien construira progressivement sa pratique à partir d'**allers-retours théorico-cliniques** entre ces différentes formes de savoirs (savoir être, savoir-faire, et savoir être) découlant de la rencontre avec la pratique clinique. Il existe néanmoins toujours un reste ou un écart entre les connaissances que peut avoir le clinicien et la rencontre effective avec les patients. Sur le plan épistémologique, on ne peut jamais « tout savoir » du sujet que l'on rencontre et l'on ne peut donc que tenter un travail de reconstruction de la réalité psychique et de la subjectivité d'autrui.



Le rapport au savoir théorique : la métaphore de l'échafaudage

Freud (1900) explique dans *L'interprétation des rêves* : « Je ne crois pas que personne ait encore jamais tenté de reconstruire ainsi l'appareil psychique. L'essai est sans risque. Je veux dire que nous pouvons laisser libre cours à nos hypothèses pourvu que nous gardions notre jugement critique et que nous n'allions pas prendre l'échafaudage pour le bâtiment lui-même » (p. 455). Freud insiste ainsi sur le fait qu'il est essentiel de garder une grande prudence et un esprit critique aiguisé envers les hypothèses formulées concernant les processus psychiques lorsqu'ils ne sont pas directement accessibles à l'observation, qu'il s'agisse des processus du rêve ou de la vie psychique de manière plus générale.

4. Méthodes et outils

Nous allons étudier à présent plus en détail les méthodes et les outils à disposition du psychologue clinicien. On peut les organiser schématiquement en deux grandes approches dites **quantitatives** et **qualitatives**. Le clinicien fera appel à elles en fonction de la population concernée et du contexte dans lequel il évolue, chacune d'elles ayant des intérêts et des limites, leur croisement étant en outre souvent très utile. Il n'y a cependant pas de frontière étanche entre ces deux approches. Il s'agit

davantage d'un **gradient** complexe allant des approches les plus quantitatives ou expérimentales aux approches les plus qualitatives (Falissard, Revah-Levy, Yang, & Fagot-Largeault, 2017).

4.1 Approches quantitatives

L'approche quantitative a pour objectif de quantifier la vie psychique, qu'il s'agisse des comportements, des cognitions ou des émotions. L'objectif est d'approcher la vie psychique d'une manière qui se veut **objective**. Dans cette perspective, il s'agit de dégager des variables, poser des hypothèses et les tester dans le but de limiter les biais éventuels. Les outils classiques que l'on utilise dans une approche quantitative sont les **échelles**, les **tests** et les **questionnaires**.

■ Les échelles d'intelligence

Les cliniciens utilisent en particulier deux échelles pour tester l'intelligence développées initialement par **David Wechsler** pour l'adulte (*Wechsler Adult Intelligence Scale*, **WAIS**) et l'enfant (*Wechsler Intelligence Scale for Children*, **WISC**).

La **WAIS**, dont la première version date de 1955, mesure **l'intelligence de l'adulte**, et sa quatrième version, la plus récente, version (WAIS-4) a été diffusée en 2008. La WAIS peut être utilisée auprès de sujets âgés de 16 à 90 ans. Le temps de passation est habituellement compris entre 60 et 90 minutes. Le test se compose de 10 épreuves principales, appelées subtests, auxquelles peuvent s'ajouter 5 subtests complémentaires et facultatifs. Les résultats de l'ensemble de ces subtests sont ensuite organisés selon 4 indices qui concernent :

1. compréhension verbale,
2. raisonnement fluide,
3. aptitudes visuo-spatiales,
4. vitesse de traitement.

On obtient au final un score, le **Quotient intellectuel Total** (QIT), qui permet d'évaluer l'intelligence du sujet et qui se situe habituellement entre 60 et 160, la moyenne étant à 100. Il arrive néanmoins que ce score ne puisse pas être calculé quand les résultats des indices sont trop **hétérogènes**.

Le **WISC** est pour sa part utilisé auprès des **enfants** de 6 à 16 ans. La

première version fut développée en 1949 et la cinquième version (WISC-5) a été diffusée en 2017. La passation dure habituellement entre une et deux heures. Le WISC 5 correspond à 10 subtests et 5 subtests complémentaires facultatifs dont les résultats sont organisés selon cinq indices :

1. compréhension verbale,
2. visuo-spatial,
3. raisonnement fluide,
4. mémoire de travail,
5. vitesse de traitement.

On obtient au final un score total, le **Quotient intellectuel Total** (QIT), qui permet d'évaluer l'intelligence de l'enfant et qui se situe habituellement entre 60 et 160, la moyenne étant à 100. De même que pour la WAIS, il arrive que ce score ne puisse pas être calculé quand les résultats des indices sont trop **hétérogènes**.

Si ces deux tests ont essentiellement pour vocation d'évaluer l'**intelligence cognitive** du sujet, ils sont également utiles dans le cadre de l'**évaluation clinique**. Outre le fait qu'une connaissance des compétences cognitives aide à comprendre les difficultés de certains jeunes, ces tests peuvent être interprétés selon une **perspective clinique**, le fonctionnement cognitif d'un sujet étant lié de manière intime à sa dynamique psychique et affective. Par exemple, des difficultés d'attention pourront être un signe de dépression ou certaines questions du subtest compréhension permettront d'évaluer comment le sujet se situe par rapport à l'intégration des limites et à la castration ▶.

► Cf. [Chapitre 7](#).

SITUATION CLINIQUE : L'utilisation du WISC en contexte d'échec scolaire

William est un adolescent âgé de 13 ans qui se trouve en échec scolaire. Il est reçu par le psychologue en CMP pour des troubles du comportement au collège. Les parents ne comprennent pas l'origine de ces difficultés qui se font croissantes. Un WISC est proposé afin d'évaluer les compétences cognitives de William et met en évidence un QIT de 82. La suite de la prise en charge permettra ainsi de comprendre que ce jeune cherchait notamment à dissimuler ses difficultés cognitives derrière certains troubles du comportement.

À noter qu'il existe bien d'autres tests et échelles pour évaluer le fonctionnement psychique du sujet, en particulier chez l'enfant, parmi lesquels nous pouvons citer : la **NEPSY-II** (épreuve destinée à évaluer le développement neuropsychologique de l'enfant entre 3 et 12 ans), la **WPPSI-IV** (qui évalue le fonctionnement cognitif de l'enfant entre 2 ans et demi et 7 ans), la **figure de Rey** (évaluation en particulier de la mémoire et des capacités visuo-spatiales) ou encore le **Brunet-Lézine** (évaluation du développement de la première enfance).

■ Les questionnaires

Le clinicien peut également être amené à se servir de questionnaires qui permettent d'évaluer la **personnalité** du sujet. Par exemple, le **MMPI** (*Inventaire Multiphasique de Personnalité du Minnesota*), dont la deuxième version est utilisée actuellement (MMPI-2), correspond à un questionnaire composé de 567 questions auxquelles le sujet répond par vrai ou faux. La passation dure de 60 à 90 minutes. Plusieurs **échelles de personnalité** sont construites à partir de ces résultats qui permettent ainsi d'évaluer les aspects normaux et pathologiques de la personnalité. Des questionnaires plus ciblés sont également utilisés dans le cadre de l'évaluation diagnostique sur le plan psychopathologique.

Il existe ainsi de nombreuses échelles qui évaluent les différentes composantes psychologiques et pathologiques du sujet. Par exemple, chez l'adulte, il sera possible d'utiliser **l'échelle de Dépression de Beck** afin d'évaluer le niveau de dépression d'un sujet ou **l'échelle de Conners** (remplie par les parents et les enseignants) afin d'évaluer les troubles de l'hyperactivité et de l'attention chez l'enfant.

■ La recherche quantitative

L'approche quantitative est également largement utilisée dans le champ de la recherche. Il s'agit alors de travailler sur des populations de patients afin de pouvoir évaluer, par exemple, certaines caractéristiques de troubles mentaux ou bien l'efficacité d'un type de prise en charge sur le plan psychothérapique. Cela nécessite habituellement de mettre en place des **protocoles de recherche** étayés sur la constitution de **groupes homogènes** du point de vue psychopathologique. Diverses techniques peuvent être utilisées, qu'il s'agisse

de se référer à certains tests ou échelles évoqués précédemment ou de s'appuyer sur des prélèvements biologiques (sang, salive, etc.) ou bien encore sur des méthodes **d'imagerie médicale** (IRM) afin de déterminer des activités cérébrales prévalentes dans certaines pathologies. L'usage de **tests statistiques** (Anova, régressions, chi2, etc.) et de **logiciels de traitement statistique** (par exemple SPSS, R ou Statistica) permet de déterminer si les résultats obtenus sont dits **significatifs**, c'est-à-dire s'ils mettent en évidence des effets au-delà de certains seuils de probabilité (la valeur de p).

La valeur de p et la taille d'effet

La **valeur de p** (valeur de probabilité, en anglais *p-value*) représente la probabilité d'obtenir un résultat par rapport au hasard lors de l'utilisation d'un test statistique. Le seuil de significativité retenu habituellement est de 0.05 ou 0.01. Dans les publications, la valeur de p sera par exemple indiquée ainsi : $p < 0.05$. Dans ce cas, cela signifie qu'il y a moins d'une chance sur vingt ($1/20 = 0.05$) que le résultat statistique obtenu soit dû au hasard et on conclura donc qu'un effet a été mis en évidence.

La valeur de p tend néanmoins à être moins utilisée actuellement car elle a pour défaut d'être très dépendante du nombre de sujets utilisés dans le cadre d'une étude (plus le nombre de patients est faible et plus il est difficile d'obtenir des résultats significatifs avec cet indice). Par conséquent, un autre indicateur, la **taille d'effet** (souvent indiquée *d* dans les publications) est de plus en plus utilisé pour préciser la force de l'effet mesuré. Il existe plusieurs types de calculs statistiques pour mesurer la taille d'effet, mais celle-ci se situe le plus souvent entre 0 (aucun effet) et 1 (un effet important). Lorsque vous consultez les résultats d'une étude quantitative, il convient donc de repérer la valeur de p ainsi que la taille d'effet obtenue.

4.2 Approches qualitatives

Les méthodes qualitatives sont essentiellement orientées par l'épistémologie des sciences humaines dont l'objectif est davantage la compréhension que l'explication. De ce fait, contrairement à l'approche quantitative, on pose le plus souvent des **hypothèses** non pas a priori mais a posteriori. Cette approche vise à rendre **intelligible** la vie psychique du sujet et prend en compte **l'effet de l'observateur** dans les productions du sujet observé. Prévalente dans les prises en charge psychothérapiques, cette approche est essentielle pour comprendre une personne dans sa totalité en tenant compte également du fait qu'elle a une histoire et une subjectivité uniques.

Comment étudier les cauchemars ?

Outre le fait qu'une personne ne contrôle pas la survenue d'un cauchemar – ce qui rend plus difficile son étude dans le cadre d'un laboratoire du sommeil – les différents outils quantitatifs qui seront utilisés ne

permettront pas de connaître le contenu du cauchemar à proprement parler. Le seul moyen d'avoir accès à ce contenu à l'heure actuelle est d'utiliser les approches qualitatives et de comprendre le vécu du sujet « de l'intérieur ». De la même manière, la plupart des contenus mentaux sont inaccessibles de manière directe par l'approche expérimentale en l'état actuel de nos connaissances, raison pour laquelle l'approche qualitative est prédominante dans la pratique clinique.

Les travaux du psychanalyste et anthropologue **Georges Devereux** (1980) soulignent par ailleurs l'absence de limites strictes entre l'observateur et l'observé. Il sera selon lui contre-productif de chercher à ce que l'observateur s'extraie entièrement de la situation qu'il observe, comme cela peut être le cas dans les approches quantitatives. Selon Devereux, il faut au contraire **replacer l'observateur au cœur du processus d'observation** et s'interroger sur ce qu'il induit comme nous aurons l'occasion de le voir plus en détail au [Chapitre 4](#). Par exemple, l'observateur pourra observer des réactions de l'observé qui seront en réalité des réactions à sa propre manière d'observer l'observé. Il s'agit alors de tenir compte de cette influence potentielle en s'interrogeant sur ce que peut engendrer son positionnement et les relations complexes entre l'observateur et l'observé, raison pour laquelle les cliniciens prêtent une attention toute particulière à la **dynamique transférentielle**►.

► Cf. [Chapitre 6](#).

■ Du lapsus à l'œuvre d'art

L'approche qualitative peut porter sur un matériel clinique très varié compte tenu du fait qu'elle s'intéresse à toute production humaine. Il peut tout d'abord s'agir d'une **séquence clinique** très courte centrée sur un élément donné. Dans sa *Psychopathologie de la vie quotidienne* (1901), Freud propose ainsi d'étudier des situations de la vie de tous les jours dont il tend à dégager la dynamique inconsciente et latente. Par exemple, comment un lapsus ou un acte manqué pourront-ils aider à comprendre la vie psychique inconsciente du sujet ? Ainsi, le fait d'employer un terme plutôt qu'un autre à son insu pourrait mettre en évidence un éventuel **désir inconscient** qui serait à l'origine de cet écart au-delà d'une simple erreur sur le plan cognitif.

Les séquences cliniques étudiées pourront être plus longues, comme l'est par exemple **un jeu**. On essaiera alors de dégager quels sont les enjeux du jeu pour le Je, à savoir la manière dont le sujet utilise le jeu dans le but de transformer son expérience subjective. En effet, au-delà de ses fonctions développementales, cognitives ou sociales, le jeu a une valeur affective qui

permet à la psyché de se **représenter son propre fonctionnement**[►]. Une étude approfondie du jeu d'un enfant, comme on le réalise en consultation, sera donc un élément essentiel pour comprendre sa dynamique psychique. Il en est de même concernant le **dessin** ou le **rêve** qui sont considérés comme des éléments cliniques qui obéissent à des logiques que nous apprendrons à « décoder » en troisième partie de l'ouvrage. Compte tenu de leur caractère unique, aussi bien dans leur phénoménologie que leur contexte d'émergence, seule une approche qualitative et interprétative permet véritablement de dégager le **sens potentiel** de ces productions psychiques.

► Cf. [Chapitre 9](#).

SITUATION CLINIQUE : Le jeu de la bobine

Ce jeu – connu aussi sous le nom du **Fort-Da** – décrit par Freud dans *Au-delà du principe de plaisir* (1920) est probablement l'une des séquences cliniques les plus célèbres dans le champ psychanalytique. Dans celle-ci, le petit-fils de Freud, Ernst, est âgé d'un an et demi. Tandis que sa mère s'est absentée, Ernst lance une bobine et la ramène à lui. Cette séquence permettra à Freud d'illustrer le processus de symbolisation de l'absence chez l'enfant, la compulsion de répétition, le retournement passif-actif et l'entrée dans le langage. Voici la description de ce jeu proposée par Freud :

« J'ai profité d'une occasion qui s'était offerte à moi, pour étudier les démarches d'un garçon âgé de 18 mois, au cours de son premier jeu, qui était de sa propre invention. Il s'agit là de quelque chose de plus qu'une rapide observation, car j'ai, pendant plusieurs semaines, vécu sous le même toit que cet enfant et ses parents, et il s'est passé pas mal de temps avant que j'eusse deviné le sens de ses démarches mystérieuses et sans cesse répétées.

L'enfant ne présentait aucune précocité au point de vue intellectuel ; âgé de 18 mois, il ne prononçait que quelques rares paroles compréhensibles et émettait un certain nombre de sons significatifs que son entourage comprenait parfaitement ; ses rapports avec les parents et la seule domestique de la maison étaient excellents, et tout le monde louait son "gentil" caractère. Il ne dérangeait pas ses parents la nuit, obéissait consciencieusement à l'interdiction de toucher à certains objets ou d'entrer dans certaines pièces et, surtout, il ne pleurait jamais pendant les absences de sa mère, absences qui duraient parfois des heures, bien qu'il lui fût très attaché, parce qu'elle l'a non seulement nourri au sein, mais l'a élevé et soigné seule, sans aucune aide étrangère. Cet excellent enfant avait cependant l'habitude d'envoyer tous les petits objets qui lui tombaient sous la main dans le coin d'une pièce, sous un lit, etc., et ce n'était pas un travail facile que de rechercher ensuite et de réunir tout cet attirail du jeu. En jetant loin de lui les objets, il prononçait, avec un air d'intérêt et de satisfaction, le son prolongé o-o-o-o qui, d'après les jugements concordants de la mère et de l'observateur, n'était nullement une interjection, mais signifiait le mot "Fort" (loin). Je me suis finalement aperçu que c'était là un jeu et que l'enfant n'utilisait ses jouets que pour "les jeter au loin". Un jour je fis une observation qui confirma ma

manière de voir. L'enfant avait une bobine de bois, entourée d'une ficelle. Pas une seule fois l'idée ne lui était venue de traîner cette bobine derrière lui, c'est-à-dire de jouer avec elle à la voiture ; mais tout en maintenant le fil, il lançait la bobine avec beaucoup d'adresse par-dessus le bord de son lit entouré d'un rideau, où elle disparaissait. Il prononçait alors son invariable o-o-o-o, retirait la bobine du lit et la saluait cette fois par un joyeux "Da !" ("Voilà !"). Tel était le jeu complet, comportant une disparition et une réapparition, mais dont on ne voyait généralement que le premier acte, lequel était répété inlassablement, bien qu'il fût évident que c'est le deuxième acte qui procurait à l'enfant le plus de plaisir. »

Freud ajoute ce complément en note de bas de page : « L'observation ultérieure confirma pleinement cette interprétation. Un jour, la mère rentrant à la maison après une absence de plusieurs heures, fut saluée par l'exclamation : "Bébé o-o-o-o" qui tout d'abord parut inintelligible. Mais on ne tarda pas à s'apercevoir que pendant cette longue absence de la mère l'enfant avait trouvé le moyen de se faire disparaître lui-même. Ayant aperçu son image dans une grande glace qui touchait presque le parquet, il s'était accroupi, ce qui avait fait disparaître l'image. »

Le matériel clinique pourra être plus long et porter par exemple sur un premier entretien. Il s'agira alors d'étudier de manière détaillée **l'associativité** du patient, c'est-à-dire la manière dont il passe d'une idée à une autre et ce que signifie cette évolution des pensées du patient[►]. De ce point de vue, une première consultation est souvent riche d'enseignements, car elle a tendance à condenser les problématiques psychiques du patient qu'il s'agira de « décondenser » au cours du suivi. Au-delà d'un entretien, c'est aussi l'ensemble d'un suivi qui pourra être l'objet de réflexions donnant naissance à une étude de cas dont nous étudierons plus en détail les particularités en deuxième partie[►]. Il s'agit alors de proposer des **hypothèses heuristiques** concernant les causes à l'origine d'un trouble et, plus globalement, d'essayer de représenter les processus psychiques en souffrance chez un patient.

► Cf. [Chapitre 5](#).

► Cf. [Chapitre 6](#).

Hypothèse heuristique, du grec ancien *heurisko* (trouver) : hypothèse qui permet de structurer et de mettre en sens plusieurs éléments cliniques entre eux dans le but de les rendre intelligibles.

L'approche qualitative pourra également porter sur les **productions artistiques** et toute œuvre d'art, s'agissant d'un matériel qui garde la trace des processus psychiques liés à son origine. Plus précisément, l'artiste « transfère » sa réalité psychique dans l'œuvre, notamment dans le but de la partager avec autrui. Les œuvres qui seront étudiées peuvent être aussi bien une poésie, qu'un livre, un film ou une peinture.

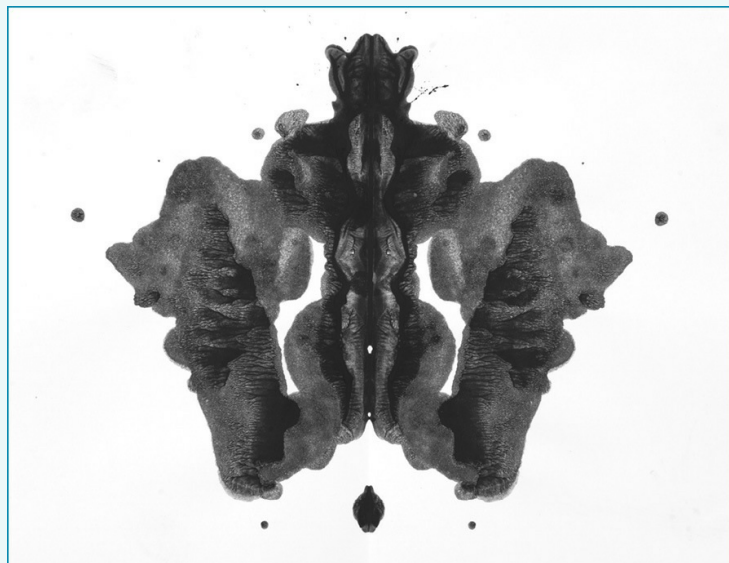
■ Les tests projectifs

Les approches qualitatives orientées par la psychanalyse ont développé des tests visant à évaluer d'une manière plus structurée la subjectivité (Anzieu & Chabert, 1983). Ces tests sont dits **projectifs**, car ils sont fondés sur le présupposé que le sujet « projette » des éléments de sa vie psychique sur le matériel qui lui est proposé[►]. Nous allons présenter brièvement trois tests projectifs utilisés classiquement : le Rorschach, le TAT et le CAT. Quels que soient ces tests – il en est d'ailleurs de même des autres tests présentés précédemment – le temps de **restitution** auprès du patient concernant les résultats obtenus est également essentiel.

► Cf. [Chapitre 9](#), partie sur la médiation.

Le Rorschach, développé en 1921 par le psychiatre suisse Hermann Rorschach (1884-1922), consiste en une série de planches comportant des taches d'encre symétriques au contenu informe proposées à la libre interprétation de la personne évaluée. Le psychologue présente au sujet les **dix planches** selon un ordre et un sens toujours identiques. Il note précisément les associations du sujet sans intervenir durant la passation, puis, dans une seconde phase appelée **enquête**, reprend chaque planche avec le sujet afin de déterminer plus précisément ce qu'il a perçu et ce à quoi il a pensé. Le Rorschach est ensuite interprété selon une **grille de cotation** qui permet notamment de repérer la **structure du sujet** à travers ses **angoisses** et ses **mécanismes de défense** prévalents[►] (Tychev, Diwo, & Dollander, 2000).

► Cf. [Chapitre 8](#) sur le modèle structural.



Cette image ressemble au type d'images que l'on peut utiliser dans le test de Rorschach.
Que voyez-vous sur celle-ci ?

Le deuxième test projectif le plus utilisé chez l'adulte est le **Thematic Aperception Test** (TAT), développé par le médecin **Henry Murray** en 1935. Ce test comporte **31 planches** décrivant des situations sociales variées impliquant des personnages et comportant une certaine ambiguïté. Lors de la **passation**, qui se déroule en une seule séance, il est demandé au sujet de raconter une histoire à partir de ces planches. Certaines images sont proposées à tous les sujets tandis que d'autres peuvent être sélectionnées en fonction du sexe. Plusieurs **méthodes d'interprétation** sont possibles pour analyser les données cliniques ainsi recueillies qui permettent de mieux comprendre la personnalité et la dynamique psychique du sujet.

Henry Murray (1893-1988) : professeur de psychologie à l'université de Harvard et psychologue clinicien.

Le **Children Aperception Test** (CAT) est une variante du TAT à destination des enfants âgés de 3 à 10 ans. Il a pour caractéristique de mettre en scène des **animaux** (kangourous, chiens, singes, etc.), ce qui favorise l'identification aux personnages, dans une série de **10 planches différentes**. Il est demandé à l'enfant de raconter durant la passation une histoire pour chacune de ces planches. Ce test sera précieux pour mieux comprendre la vie psychique de l'enfant.

On remarquera également en clinique de l'enfant trois autres tests projectifs qui peuvent être utilisés, à commencer par le **Patte-Noire** (PN), élaboré par le psychiatre Louis Colman en 1961. Ce test projectif, dans lequel un petit cochon (nommé Patte-Noire) vit un certain nombre d'aventures, consiste notamment à faire choisir à l'enfant, parmi 19 planches, celles qu'il préfère et celles qu'il aime le moins. Deux autres tests moins connus mais très simples d'accès peuvent être également utilisés avec l'enfant. Il s'agit tout d'abord du **D10** qui consiste à demander à l'enfant de dessiner sur une feuille blanche un paysage avec 10 éléments (la consigne est la suivante : « Dessine un paysage avec un homme, une route, une femme, des montagnes, un garçon, une maison, une fille, une rivière, un animal, une auto ») et l'**AT9** qui est davantage utilisé à destination des adolescents (la consigne est la suivante : « Compose un dessin avec une chute, une épée, un refuge, un monstre

dévorant, quelque chose de cyclique, un personnage, de l'eau, un animal, du feu »). Les productions ainsi obtenues pourront être analysées à partir de différents outils d'interprétation du dessin de l'enfant et de l'adolescent.

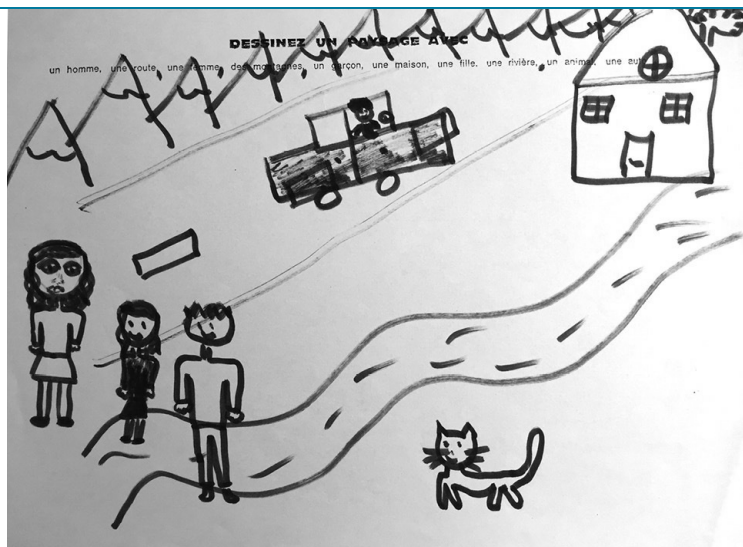
■ L'évaluation qualitative des processus psychiques

On notera enfin que tendent également à se développer des méthodologies d'évaluation des processus psychiques dans le champ de la recherche qualitative (Brun, Roussillon, & Attigui, 2016). Cette approche tend à proposer un regard complémentaire aux évaluations quantitatives en essayant de repérer et de modéliser de manière détaillée le **processus de symbolisation** dans différents dispositifs cliniques.

Symbolisation : désigne au sens large les différentes étapes du processus de transformation de la matière psychique donnant naissance progressivement à la subjectivité.

Fig. 1

Exemple de D10 réalisé par un enfant



L'évaluation clinique des processus : la musicothérapie dans le champ de l'autisme

Afin de déterminer si les médiations thérapeutiques sont utiles dans la prise en charge des enfants souffrant de troubles du spectre autistique, une étude a été mise en place dans plusieurs structures pédopsychiatriques pour étudier l'impact de la musicothérapie (Rabeyron, Saumon, Carasco, & Bonnot, 2016). Dans un premier groupe, les enfants ne faisaient qu'écouter de la musique (groupe contrôle) tandis que dans le second groupe, ils participaient à un groupe à médiation utilisant la musicothérapie (groupe expérimental). Les troubles des enfants ont été mesurés au début de l'étude (T1) et environ un an après (T2). Les résultats quantitatifs ont pu montrer que les enfants

bénéficiant de la musicothérapie avaient fait davantage de progrès que ceux qui appartenaient au groupe d'écoute musicale.

Parallèlement à cette évaluation quantitative, une évaluation qualitative des processus a été mise en place de façon à comprendre de manière détaillée l'évolution des enfants dans le cadre des groupes d'écoute musicale. Cette évaluation a notamment donné lieu à une grille d'évaluation permettant de suivre le processus de symbolisation de chaque enfant dans la rencontre avec la médiation musicothérapique. Les deux approches sont donc complémentaires et participent ainsi d'une meilleure compréhension de l'efficacité thérapeutique de ce type de dispositif.

À RETENIR

- Le **titre de psychologue** est protégé par la loi depuis 1985. Il conduit à s'enregistrer sur le répertoire ADELI. Les psychologues cliniciens peuvent également demander le titre de psychothérapeute auprès de l'ARS. Des formations complémentaires peuvent être réalisées par la suite, notamment dans le cadre d'un **doctorat** et par le biais de **Diplômes Universitaires**.
- Les **principales activités** du psychologue clinicien sont **l'évaluation et le diagnostic, le soutien psychologique, la psychothérapie, la supervision, la formation, l'enseignement et la recherche**. Ces différentes fonctions sont complémentaires et varient selon le lieu d'exercice.
- Les compétences des psychologues cliniciens peuvent être rassemblées en trois types de savoir : **savoir théorique, savoir-faire et savoir-être**. Ces différents domaines se combinent par **allers-retours entre théorie et clinique**.
- Les deux grandes approches qui orientent le travail des cliniciens sont dites **quantitatives** (tests, questionnaires, statistiques) et **qualitatives** (diverses productions de la réalité psychique, tests projectifs). Ces deux domaines correspondent à des **épistémologies** et des productions du savoir qui aident à mieux comprendre la réalité psychique.

NOTIONS CLÉS

- Épistémologie
- Hypercomplexité
- Métacognition et réflexivité
- Savoir théorique, savoir-faire et savoir-être
- Tact
- Tests projectifs

POUR ALLER PLUS LOIN

ANZIEU D. & CHABERT C. (1983). *Les méthodes projectives*. Paris, PUF.

DEVEREUX G. (1967), *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*, Paris, Champs.

FREUD S. (1900), *L'interprétation des rêves*, Paris, PUF, 1967.

MORIN E. (2005). *Introduction à la pensée complexe*, Paris, Seuil.

ENTRAÎNEMENT

QUIZZ

1. Depuis quelle année le titre de psychologue est-il protégé par la loi ?
2. Quels sont les trois types de savoir que doit acquérir le psychologue clinicien ?
3. Quels sont les deux tests qui mesurent le Quotient Intellectuel ?
4. À quelle valeur correspond habituellement le seuil de significativité ?
5. Quelles sont les deux grandes approches utilisées par les cliniciens ?
6. Quel auteur a souligné l'importance de l'observateur dans l'observation ?
7. Quel est le matériel utilisé dans le Rorschach ?
8. Qui a inventé le TAT ?
9. Quelle différence entre le TAT et le CAT ?
10. Quel auteur a largement travaillé la notion de tact ?

Exercices et approfondissement

- Consultez sur **Science Direct** quelques articles proposant une approche quantitative : <https://www.sciencedirect.com/>
- Consultez sur le site **CAIRN** quelques articles proposant une approche qualitative : <https://www.cairn.info/>
- Regardez le film *Jimmy P. (Psychothérapie d'un indien des plaines)* (2014) qui illustre le travail de Georges Devereux et sa rencontre avec un patient indien atteint de troubles post-traumatiques après la seconde guerre mondiale.
- Rencontrez et échangez avec un psychologue clinicien concernant son métier et sa pratique.
- Regardez la série *In Treatment* qui illustre, d'une manière romancée, le travail d'un clinicien américain au quotidien lors de consultations psychothérapiques.

PARTIE 2

LA TÂCHE PRATIQUE

CHAPITRE 4

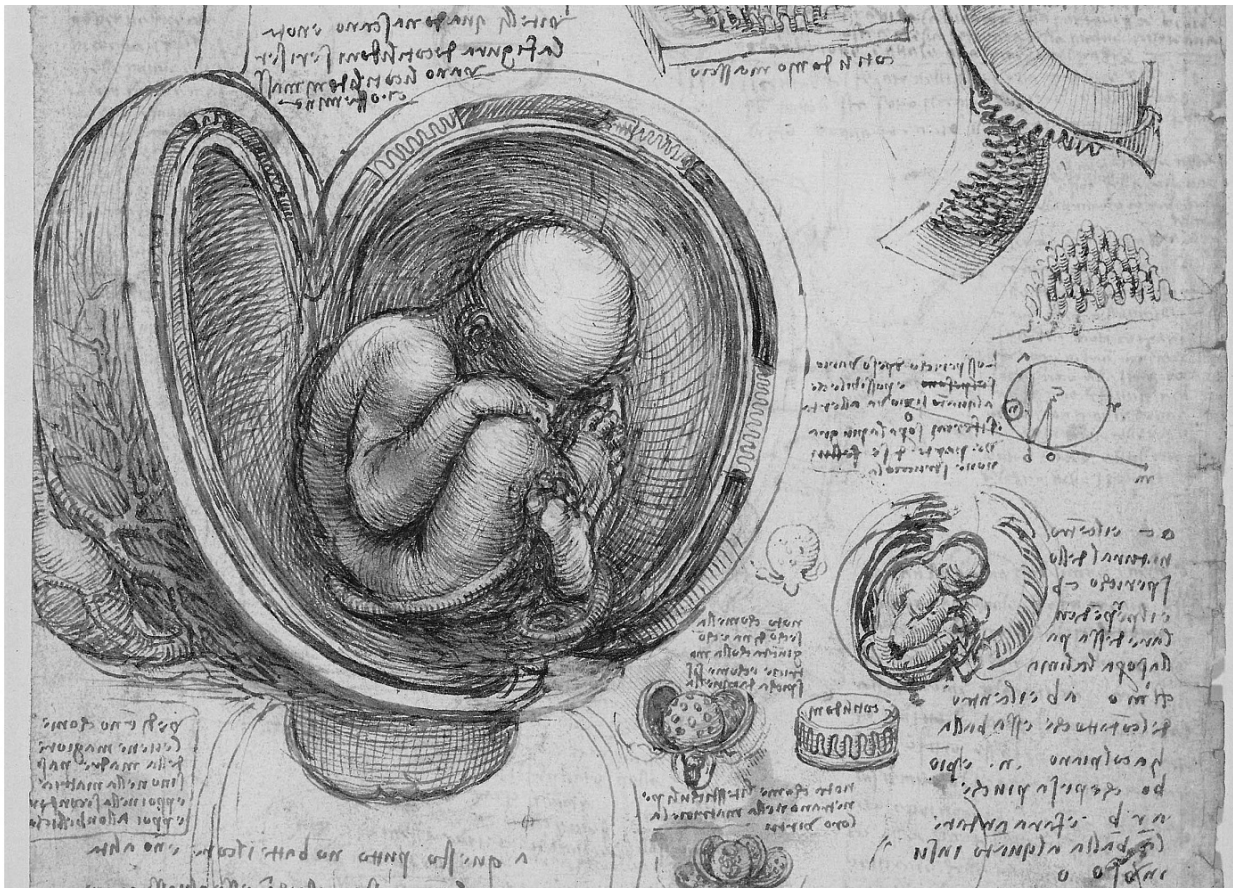
L'OBSERVATION CLINIQUE

CHAPITRE 5

L'ENTRETIEN CLINIQUE

CHAPITRE 6

L'ÉTUDE DE CAS



Leonard de Vinci avait une qualité d'observation hors du commun comme en témoignent les nombreux croquis qui illustrent ses *Codex*. Le clinicien doit de la même manière apprendre à développer une observation fine et détaillée aussi bien de lui-même que de ses patients.

Qu'allons-nous étudier dans ce chapitre ?

- Avant d'aborder l'observation clinique à proprement parler, nous verrons comment toute perception est déjà en soi une forme de construction.
- Nous dégagerons ensuite plusieurs principes fondamentaux de l'observation – comme le souci du détail et une attention soutenue – avant de nous tourner vers une description plus fine de l'observation interne et de l'observation externe.
- Nous aborderons ensuite les relations complexes qui unissent l'observateur à l'observé, ce qui nous conduira à étudier plus avant les particularités de la relation transférentielle.
- Enfin, nous décrirons quelques spécificités de l'observation clinique en fonction de différentes populations : le bébé, l'adulte et le groupe.

CHAPITRE 4 L'observation clinique

PLAN DU CHAPITRE

- [1. Perception, construction et observation](#)
- [2. Observation externe et observation interne](#)
- [3. L'observateur et l'observé : la constellation transférentielle](#)
- [4. Spécificités de l'observation selon différents dispositifs cliniques](#)

1. Perception, construction et observation

1.1 Le réel et la perception

Avant d'en venir à l'observation dans le champ de la clinique à proprement parler, il nous faut dire quelques mots de la **perception** de manière générale. Nous percevons, à chaque instant, des millions d'informations sur le plan sensoriel. Ces informations sont initialement perçues de manière diffractée et sont ensuite reconstituées en un ensemble cohérent. Par exemple, comme le montrent les travaux de **Francisco Varela** (1999) dans *L'Inscription corporelle de l'Esprit*, ce ne sont pas les mêmes circuits neurobiologiques et groupes neuronaux qui traiteront l'information relative à un objet, en rapport de sa situation spatiale, sa couleur, sa forme ou sa fonction. Les éléments perceptifs sont donc traités séparément et reconstitués en **un ensemble cohérent** par le biais de différentes étapes cognitives hiérarchisées que les sciences cognitives étudient par le biais de modèles dits **connexionnistes**. Notre perception consciente est donc le fruit d'un travail de **reconstruction** produit par le cerveau.

Francisco Varela (1946-2001)

était un neurobiologiste et philosophe d'origine chilienne. Spécialiste des sciences cognitives, il fut notamment directeur de recherche au CNRS et publia un ouvrage célèbre avec Albero Maturana : *L'arbre de la connaissance* (1994).

Dans cette perspective, notre réalité perceptive apparaît comme une forme de construction suffisamment cohérente et stable pour être en phase avec la **réalité sur le plan ontologique**. Pour cela, le cerveau produit un **modèle de représentation de la réalité** à partir d'éléments diffractés tout en

sélectionnant certaines informations par le biais de **l'attention**[►]. Ainsi, nous croyons percevoir le monde, mais en réalité, nous évoluons dans une construction du cerveau et nous n'avons jamais accès de manière directe **au réel** qui, de par sa nature même, est **inatteignable**. Le cerveau a ainsi des capacités étonnantes de reconstruction comme l'illustrent deux exemples : à l'endroit où le nerf optique se positionne au niveau de la rétine, il n'est pas possible de recevoir des informations visuelles car il ne peut y avoir de photos-récepteurs à cet endroit. Concrètement, une petite partie de notre champ visuel correspondant à cette tâche aveugle devrait donc être sans information visuelle. Pourtant, il n'en est rien car le cerveau reconstruit constamment ce que nous percevons en tenant compte de cette particularité. Il en est de même concernant le clignement des yeux. Malgré ceux-ci – entre 15 et 20 fois minutes –, notre champ perceptif visuel reste stable et n'est pas entrecoupé d'« écrans noirs » car le cerveau produit une **continuité perceptive de notre expérience**.

Réalité ontologique désigne le réel tel qu'il est supposé exister en deçà de toute perception ou représentation.

► Cf. pour vous en convaincre, regardez cette petite vidéo <https://www.youtube.com/watch?v=Ahg6qcg0ay4>

Ainsi, percevoir la réalité ne consiste pas à l'enregistrer passivement. Le cerveau prélève des informations du réel qui sont ensuite transformées pour donner naissance à ce que nous percevons et ce que nous pensons être la réalité. Par exemple, les **couleurs** n'existent pas en tant que telles, elles sont la rencontre entre certaines longueurs d'ondes de la lumière, notre système perceptif visuel et le traitement cérébral de ces informations. Quant à la matière, que nous avons tendance à considérer comme étant compacte et « pleine », elle est en réalité composée à plus de 99 % de vide du fait de la structure des atomes. La perception, et donc toute observation, suppose donc une **véritable construction de la réalité** en tant que phénomène hallucinatoire complexe. Les sciences cognitives soulignent ainsi comment le cerveau est un système **émulateur** et **créateur de monde**, ce que les **phénoménologues** avaient d'ailleurs souligné depuis fort longtemps, menant certains philosophes à la conclusion que « le monde n'existe pas » (Gabriel, 2014).

Phénoménologie : courant de la philosophie continentale dont l'un des fondateurs est Edmund Husserl (1859-1938).

1.2 L'observation en clinique

De la même manière, **l'observation clinique** n'est pas une activité neutre puisqu'elle **sélectionne**, **réduit** et **reconstruit** les données perceptives. Si un enregistrement vidéo est une sélection d'informations (en fonction, par exemple, du cadrage, de l'angle, de la durée ou de la résolution de l'image), toute observation est aussi le produit de différents choix émanant de l'observateur en fonction de son attention, ses affects et ses a priori.

Schizophrénie et hallucinations

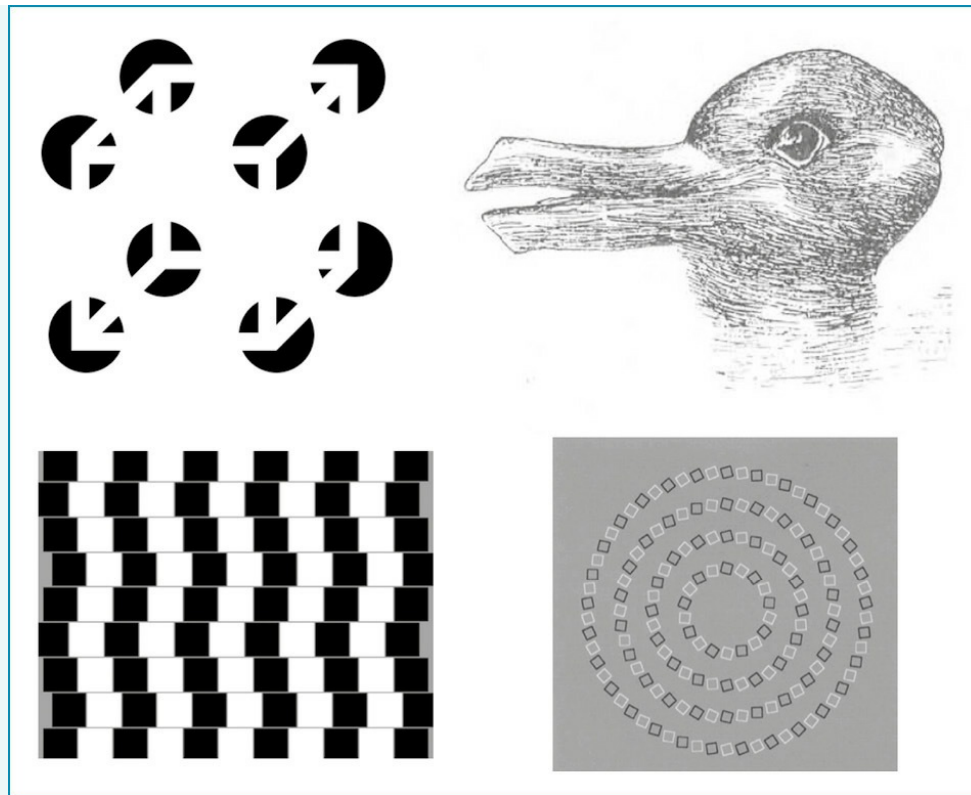
Les patients souffrant de schizophrénie, une forme grave de psychose[►], ont fréquemment des hallucinations très réalistes. Le fait de comprendre que tout être humain construit et « hallucine » en quelque sorte le monde tel qu'il se le représente change la perspective concernant ce type de trouble. Il s'agit alors de comprendre comment et pourquoi le sujet schizophrène hallucine d'une manière différente le conduisant à percevoir certaines représentations mentales internes sous forme d'hallucinations, ces dernières étant par ailleurs influencées par la dynamique psychique du sujet (Gimenez, 2003). Cette observation aide à saisir que tous nos processus psychiques, même les plus cognitifs ayant trait à la construction de la réalité perceptive, sont imprégnés par des logiques affectives.

► Cf. [Chapitre 8](#).

Illusions cognitives

Les **illusions cognitives** mettent en évidence de quelle manière nos perceptions sont déjà une forme de construction.

Ces quatre exemples en donnent des illustrations : la première est une forme cubique créée par le cerveau ; dans la deuxième, l'élément perceptif ne varie pas, c'est la perception du cerveau qui change (canard ou lapin) ; dans la troisième, les lignes sont entièrement parallèles ; et dans la quatrième, il s'agit de quatre cercles disjoints (suivez-les du doigt).



Cette logique est poussée à son paroxysme dans le champ clinique compte tenu du fait que l'objet d'observation – la réalité psychique – n'est jamais directement accessible. On ne peut en effet rendre compte de l'expérience subjective d'autrui de manière directe et nous en sommes réduits à produire une forme de **reconstruction** de cette expérience de manière partielle à partir d'un certain nombre d'indices. Par exemple, ce que le langage exprime de la vie psychique du sujet (sur les plans verbal et non verbal) est une forme amoindrie de sa subjectivité. En conséquence, une position de prudence est nécessaire concernant tout travail de représentation de la psyché d'autrui produisant un rapport épistémologique particulier au savoir du psychologue clinicien.

L'observation sera ainsi fortement orientée en fonction du modèle théorique de référence du clinicien qui le conduira à porter davantage son attention sur certains éléments plutôt que sur d'autres. Par exemple, dans une perspective systémique, le clinicien sera particulièrement attentif aux relations entre les personnes, tandis que, dans une perspective plus psychanalytique, le clinicien prêterait naturellement plus attention aux processus intrapsychiques.

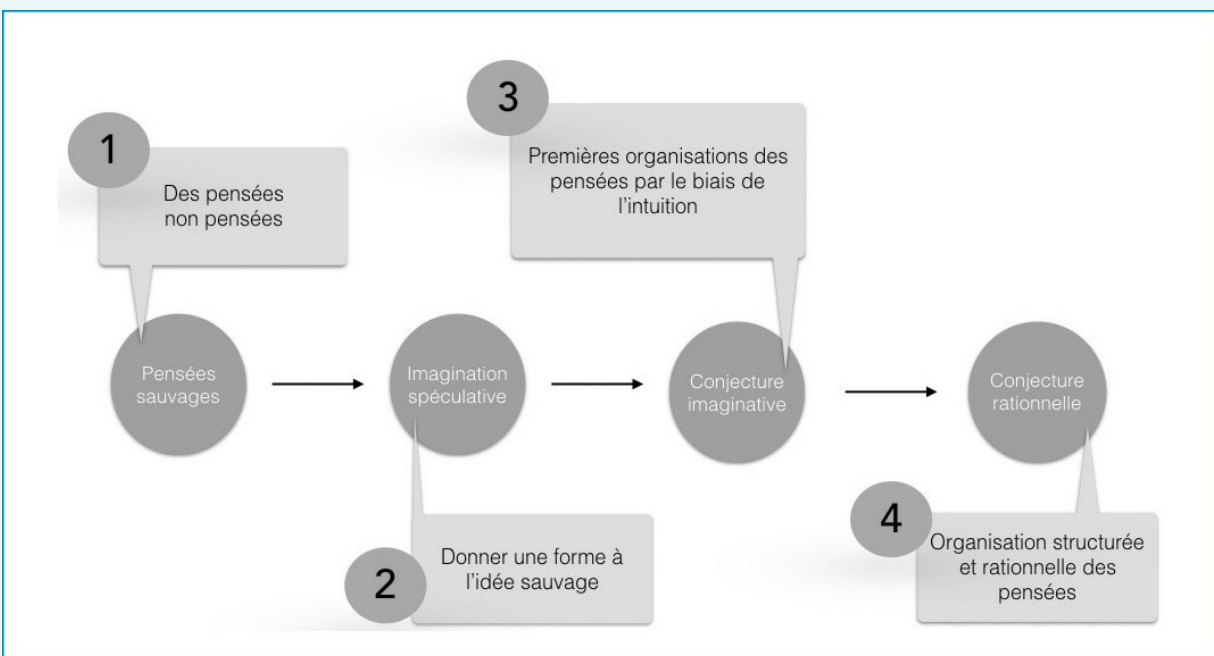
Si l'imagination spéculative, comme l'a nommée **Wilfred Bion**, est nécessaire, celle-ci doit toujours découler d'une observation attentive et détaillée (Ciccone, 2014). Le risque sera autrement d'évoluer dans son propre imaginaire théorique et non dans la réalité clinique en tant que telle. L'observation nécessite donc d'apprendre à véritablement écouter l'autre, voir l'autre, et le rencontrer là où il se situe. Cela implique de se pencher sur la vie psychique d'autrui en se laissant surprendre, sans attente préalable, « **sans mémoire ni désir ou compréhension** » explique Bion (1965).

Wilfred R. Bion (1897-1979) est un psychiatre et psychanalyste anglais qui eut une profonde influence sur les modèles psychanalytiques à partir de ses travaux sur les groupes et la psychose. Il a également proposé des réflexions novatrices sur la production du savoir psychanalytique.

Le risque serait, face à cet aspect difficilement accessible de la subjectivité humaine, de n'en rester qu'à sa dimension observable, réduisant ainsi la réalité clinique à un **processus d'objectivation**. Mais la mesure objective ne rend compte que d'une partie limitée du fonctionnement psychique.

Une autre dérive possible consisterait à ne pas tolérer la **relation d'incertitude** (Rosolato, 1985) induite par l'étude de la subjectivité, optant alors pour une utilisation excessive de la théorie. Cela peut donner lieu à des plaquages théoriques qui conduisent à être davantage en lien avec des concepts qu'avec ce que le patient donne réellement à voir et à entendre.

L'activité représentative du clinicien selon Bion



Bion a proposé une lecture originale de l'activité représentative du clinicien. Il suppose tout d'abord que certaines pensées, dites sauvages, sont en attente d'être pensées dans le cadre thérapeutique. Celles-ci pourront émerger du fait de l'imagination spéculative du thérapeute, et du patient, qui leur donnera une première forme. Cette intuition sera ensuite davantage structurée dans une conjecture imaginative qui pourra donner naissance à une conjecture rationnelle qui prendra une forme plus secondarisée.

1.3 Le détail et l'attention

Le détail et l'attention sont deux paramètres qui orientent plus précisément l'observation clinique. Le **détail**, ou plus exactement le souci du détail, consiste à s'intéresser avec minutie à la multitude d'éléments cliniques présentés par le patient. Une certaine finesse clinique est nécessaire pour pouvoir faire « parler » le réel clinique en restant, dans un premier temps, attaché aux faits eux-mêmes **sans interprétation**. De ce point de vue, le **clinicien opère comme un tamis** au sein duquel il verra apparaître des éléments cliniques qui ne deviendront intelligibles que dans un second temps. En ce sens, le clinicien est donc **son propre instrument de mesure** dont l'une des fonctions est la collecte des différents faits cliniques.

Exemple : le clinicien télescope

De même qu'un télescope ou un appareil photographique se doivent d'avoir une certaine résolution, le clinicien développe également une « résolution » plus ou moins fine dans l'observation des faits cliniques en fonction du degré de granulosité des éléments cliniques qu'il saura repérer. Cette compétence s'apprend progressivement avec l'expérience et permet de développer une observation plus pointue de même que l'on peut développer sa capacité à déceler les subtils effluves d'un vin ou d'un parfum.

Ce souci du détail s'associe à la capacité de développer une **attention soutenue** qui soit **fluide** et **réactive**. Le déplacement de l'attention peut porter aussi bien sur des éléments externes, relatifs au comportement verbal et non verbal du patient, que sur sa propre subjectivité. L'attention peut également varier entre des mouvements **d'implication**, notamment sur le plan empathique, et des mouvements de **distanciation** et de prise de recul aux niveaux cognitifs et affectifs. On ne peut en effet constamment « coller » au réel clinique et de ce point de vue le **dispositif clinique** lui-même permet une certaine temporalité et régularité des entretiens qui favorise cette **oscillation**

implication-distanciation.

1.4 Entre clinique et théorie : l'émergence d'un vertex

Enfin, l'observation clinique est associée à des **allers-retours entre clinique et théorie**. Un élément dans le comportement ou le langage du patient évoquera un concept clinique qui orientera en retour l'observation du clinicien. Cette articulation entre ces deux champs est essentielle et permet progressivement l'émergence de ce que Wilfred Bion appelle des **vertex**. Ce terme désigne un point de vue, voire un point de convergence, concernant différents éléments cliniques au sein d'une configuration qui permet de relier ces éléments d'une manière signifiante. Pour le dire plus simplement, l'observation clinique permet de collecter des éléments qui seront structurés entre eux secondairement, notamment à la rencontre de notions théoriques, conduisant à l'émergence d'une **forme** ou **pattern**.

Voici comment Bion décrit un moment d'observation en analyse alternant entre des éléments relatifs au comportement du patient et sa propre subjectivité qui permet de mieux comprendre la manière d'observer :

SITUATION CLINIQUE : Observation et vertex chez Bion

« Prenez le cas du patient qui a l'air en pleine forme, qui se présente, se dirige vers le divan et s'y allonge. Après un temps, vous vous rendez compte qu'il n'a pas fait un pli sur la couche ; il se lève, il part, vous n'avez même pas à lisser la couverture du divan... le patient a à peine bougé. Puis, au fur et à mesure de votre observation, une forme (*pattern*) commence à émerger (comme disait Freud, en citant Charcot) et vous remarquez que le patient se couche toujours exactement à la même place.

Il n'y a là rien de spectaculaire, mais quand jour après jour, semaine après semaine, année après année, vous le voyez s'allonger exactement à la même place, alors il est possible que vous commenciez à soupçonner que ce patient pourrait tout aussi bien s'allonger au bord d'un précipice. Étant donné la quantité de mouvements qu'il fait, il se couche exactement comme si, à en juger par sa posture physique, il se trouvait dans un état cataleptique. Il faut du temps avant que vous ne commenciez à remarquer ce genre de détail ; ça prend forme avec le temps, et c'est tout progressivement que vous percevez quelque chose de curieux là-dedans.

Ensuite, l'autre chose que vous remarquez, c'est qu'il dit ne pas rêver. A la question : "Où avez-vous été la nuit dernière et qu'avez-vous vu ?", il répond : "Voulez-vous dire que j'ai fait un rêve ?". Et ce qui apparaît alors est étonnamment semblable à un fait que vous connaissez déjà. Du coup, vous mettez à penser : "Cet homme se couche quelque part entre ce que d'ordinaire je conçois comme le conscient et l'inconscient. Il a peut-être raison, il ne rêve pas. Il a aussi raison de dire

qu'il n'a pas d'imagination. S'il est en train de me raconter des faits ou des (prétendus) rêves, cela revient au même ; tous deux sont une sorte d'équivalent mental d'un état cataleptique. Pas étonnant qu'il ne fasse aucun progrès ; mes interprétations se fondent sur des idées qui veulent que certains éléments soient conscients et d'autres inconscients". »

Bion (1965b), *Transformations* (p. 95-96).

2. Observation externe et observation interne

2.1 Observation externe

Pour aller plus avant dans la compréhension des processus qui caractérisent l'observation clinique, il est possible de distinguer l'observation externe de l'observation interne.

L'observation externe concerne l'ensemble des éléments que donne à voir le sujet comme traces de sa subjectivité. Il s'agit tout d'abord d'éléments appartenant au **langage non verbal** tels que la posture, les mimiques, le regard, la respiration, etc. Ces éléments correspondent à un langage du corps par lequel le sujet parle à lui-même et au clinicien. Pour certains psychothérapeutes, comme le fondateur de la **Gestalt** Fritz Perls, le langage non verbal apparaît même plus fiable que le langage verbal et il sera donc essentiel d'y prêter une attention toute particulière.

Observer le langage non verbal

Lorsqu'un patient est reçu en entretien, il parle de lui à travers de nombreux indices : sa manière de marcher, de se tenir, de serrer la main, de regarder, de se lever, de s'asseoir, etc. Tous ces éléments gardent la trace de sa subjectivité sous-jacente mais ils ne prennent sens que dans leur conjonction. Par exemple, la façon de se tenir, c'est-à-dire de se porter corporellement, peut être indicatrice de la manière dont le patient se porte psychiquement[►]. Certains patients se tiennent ainsi sur le fauteuil d'une manière très rigide, en avant, tandis que d'autres sont installés nonchalamment ou calés bien au fond de l'assise. Dans un même entretien, l'évolution de la posture du patient peut également s'avérer très utile pour comprendre son vécu.

► [Chapitre 7](#) sur le *holding*.

Observer la couleur de la peau

Le psychiatre et hypnothérapeute Milton Erickson (2006) explique à plusieurs reprises dans ses écrits qu'il est très attentif aux évolutions de la couleur de la peau de ses patients lors des consultations. Celle-ci en effet est riche d'informations concernant, par exemple, la transpiration ou le stress. Cela nécessite une certaine expérience avant d'être en mesure de repérer des variations de ce type. Par exemple, il n'est pas rare de voir émerger des rougeurs chez un patient au niveau du cou au cours de l'entretien, sans d'ailleurs qu'il en ait forcément conscience. De la même manière, plus le clinicien est précis dans l'attention qu'il prête à ces éléments, et plus il aura la capacité à proposer des hypothèses précises sur la vie psychique du patient.

Le **langage verbal** est également d'une grande subtilité et mérite une attention particulière. Il concerne aussi bien les mots utilisés que leur intonation ou leur rythme. Les mots offrent une myriade d'informations, qu'il s'agisse des verbes, de la structure des phrases, de la grammaire, de la stylistique, etc. Ils ont une certaine **matérialité** et gardent trace de la vie psychique (Roussillon, 1999). Par exemple, un sujet présentant un trouble de la personnalité narcissique ► pourra avoir tendance à utiliser davantage des mots comme « Je » ou « Moi ». René Roussillon (1999) propose également un exemple frappant à partir de l'œuvre de Proust en montrant comment l'écriture de cet écrivain garde la trace de son fonctionnement asmathique par l'emploi de phrases très longues qui « asphixient » littéralement le lecteur.

► Cf. [Chapitre 8](#).

SITUATION CLINIQUE : Des entretiens en apnée

Élodie est une patiente d'une vingtaine d'années qui consulte en CMP pour une problématique de deuil. Après quelques entretiens, le clinicien remarque un ressenti corporel étrange qu'il éprouve tout d'abord de manière diffuse avant de comprendre plus précisément de quoi il s'agit : il se rend compte que sa respiration change lors des entretiens avec cette patiente et qu'il est parfois en apnée durant de longues périodes. ➡

Il observe alors la patiente et découvre qu'il s'est inconsciemment synchronisé avec celle-ci, qui se trouve elle-même en apnée durant les entretiens. Des échanges ultérieurs avec Elodie autour de cette observation mettront en évidence que le fait de se trouver dans cet état faisait écho à sa problématique personnelle. L'attention du clinicien à son propre vécu l'avait ainsi conduit à mieux observer la patiente, mettant en exergue un phénomène clinique en résonance avec les difficultés rencontrées par celle-ci.

Ces deux niveaux, non verbal et verbal, sont à eux seuls d'une grande complexité, mais cela l'est encore davantage quand on pense aux logiques signifiantes qui proviennent de leur combinaison et de leur interaction. Parfois, un signe verbal n'aura de sens qu'en rapport avec un élément du langage non verbal, comme le montre le second degré. Il existe ainsi des logiques de sens qui rendent la communication humaine **équivoque** et **surdéterminée**. Un signe n'a de sens que dans un contexte donné et de ce point de vue chaque sujet peut être considéré comme un « contexte » spécifique, une subjectivité particulière. **Jacques Lacan** a largement insisté sur la manière dont l'inconscient serait ainsi **structuré comme un langage**, et comment l'ensemble des pulsions qui nous constituent trouvent aussi à s'exprimer par l'appareil de langage.

Jacques Lacan (1901-1981) : psychanalyste français qui a largement contribué à l'évolution de la psychologie clinique et de la psychanalyse en France. Il a proposé de nombreux apports conceptuels à partir du structuralisme, de la linguistique et de la topologie.

2.2 Observation interne

Au-delà de sa capacité à observer le déroulé de ce qui se passe à l'extérieur de lui, le clinicien doit également développer une **auto-observation** ou **observation interne**. Celle-ci consiste à développer sa capacité à observer le défilé des représentations et des affects à l'intérieur de soi, ce que l'on peut tout d'abord envisager d'un point de vue cognitif comme l'illustrent les deux exercices suivants :

Exercice : La girafe

Prenez le temps d'effectuer ce petit exercice avant de lire la suite : « Pensez à une girafe rose à pois verts ».

Cette consigne, proposée par le professeur d'informatique Alain Finkel (2017), permet d'étudier dans le détail la construction des représentations mentales du sujet en utilisant des méthodes d'explicitation (Petitmengin & Bitbol, 2009 ; Vermersch & Maurel, 1997) ou d'analyse cognitive (Tellier & Finkel, 1995).

Voici un extrait d'entretien permettant de préciser les représentations mentales du sujet après avoir réalisé la tâche demandée : – Que se passe-t-il quand je vous ai demandé de penser à une girafe rose à pois verts ? – *Je vois le bas d'une girafe.* – Cette girafe est-elle sur un fond ? – *Oui, un fond blanc* – Quelle taille fait cette girafe ? – *Environ deux mètres.* – À quelle distance est-elle située de vos yeux ? – *Environ deux mètres également, je ne vois que ses jambes.* – D'accord, donc vous ne voyez que le bas de la girafe et cela sur un fond blanc ? – *Oui, uniquement ses jambes.* – Que se passe-t-il ensuite ? – *Je vois le « torse » de la girafe, puis le cou, puis la tête.* – D'accord, comment est cette girafe, ressemble-t-elle à une « vraie girafe » ? – *Oui, comme dans un safari.* – Proviens-elle d'un souvenir précis ? – *Non.* – D'accord, que se passe-t-il ensuite ? *Les taches marrons deviennent vertes.* Comment deviennent-elles

vertes ? – *Toutes en même temps.* – Comment chaque tache devient-elle verte ? – *Cela passe du marron au vert, de la périphérie vers le centre.*

Essayez de la même manière de comprendre les différentes étapes cognitives par lesquelles vous êtes passé pour construire votre girafe. Cette approche détaillée de la succession des représentations mentales apprend à mieux comprendre le défilé des représentations au niveau intrapsychique et peut s'avérer très utile pour aider un patient à expliciter son vécu subjectif.

Exercice : Un souvenir agréable

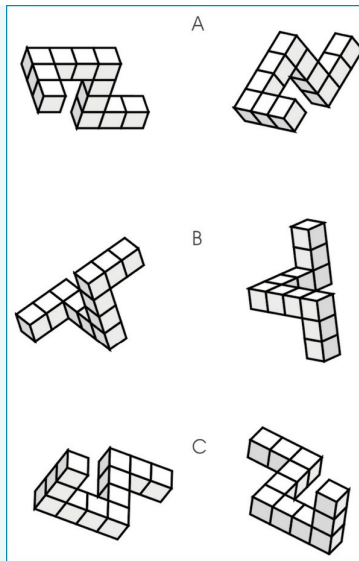
Prenez le temps d'effectuer l'exercice suivant avant de lire la suite : « Pensez à un souvenir agréable ».

Le souvenir auquel vous avez pensé est revenu selon des caractéristiques spécifiques. Par exemple, vous vous voyez à l'intérieur ou à l'extérieur de vous, vous percevez ou non des couleurs, des mouvements ou du son. Vous ressentez également des émotions plus ou moins intenses associées à ce souvenir. De la même manière qu'avec l'exercice de la girafe, il est possible d'explicitement ce type de vécu.

Dans ce cas, le travail d'explicitation de la vie psychique portera également sur les éléments émotionnels. Le même travail peut être effectué en entretien pour accompagner un patient vers la compréhension de vécus émotionnels qu'il a du mal à ressentir ou exprimer.

Kosslyn (Kosslyn & Koenig, 1995) à l'université de Harvard aident à mieux comprendre l'ensemble des particularités de ces représentations. Ces recherches soulignent notamment le caractère analogique des **représentations mentales** (Gallina, 2006), à savoir le fait qu'elles conservent les mêmes caractéristiques que les événements ou les objets qu'elles représentent. Par exemple, si l'on demande à des sujets de faire tourner par la pensée des objets, le temps nécessaire à cette action mentale sera d'autant plus long que l'objet sera long à faire tourner s'il était manipulé dans la réalité. De la même manière, si l'on demande à un sujet de se déplacer mentalement sur une carte, il mettra plus de temps à réaliser un trajet mental si le trajet est plus long dans la réalité. La vie psychique interne est donc constituée de représentations mentales au caractère **analogique**.

Exercice de rotation mentale



Cet exercice de rotation mentale est classique dans les recherches en psychologie cognitive sur ce sujet. La consigne est la suivante : est-ce que l'objet de gauche est le même que l'objet de droite ? Plus l'angle de rotation est important dans la réalité et plus le sujet mettra du temps à simuler la rotation de l'objet sur le plan cognitif. Il existe donc une forme d'analogie entre la mesure dans la réalité externe et la mesure dans la réalité interne.

On peut considérer plus généralement la pensée comme une **suite d'opérations mentales** sur ces représentations cognitives et émotionnelles (Finkel, 2017). Cette suite d'opérations s'effectue habituellement dans le champ conscient mais d'une manière automatique et particulièrement rapide, ce qui a pour effet que nous n'avons pas entièrement se déroulent dans les sphères cognitives et émotionnelles. Il s'agit d'être attentif à ce déroulé de représentations et d'affects qui forment un ensemble dense et compact. Le travail d'observation consistera parfois à « **décondenser** » ces éléments. Par exemple, les événements traumatiques auront tendance à produire un ensemble très dense qu'il est difficile de parvenir à élaborer. Le travail clinique nécessite donc de prendre le temps d'être suffisamment à l'écoute des représentations du patient. C'est notamment la raison pour laquelle l'observation clinique nécessite une **temporalité plus lente** qui ouvre la voie à une certaine forme de **réflexivité** sur les contenus mentaux.

Ces travaux et les petits exercices précédents aident aussi à comprendre que nous avons tous des **représentations mentales différentes** (par exemple, vous ne trouverez jamais deux personnes décrivant la même girafe !). Ainsi, lorsqu'un patient évoque un événement ou ses ressentis, il existe un écart

entre les représentations du sujet et celles du clinicien car nous produisons des **représentations à partir des représentations du patient**. Il convient donc de garder à l'esprit que la manière de penser d'autrui est toujours différente de la nôtre et nous ne parvenons à nous la représenter que par le biais de notre propre système de représentation. Le clinicien doit donc avoir la capacité à se représenter l'expérience de son patient tout en la confondant le moins possible avec la sienne.

L'observation interne ne se réduit pas uniquement aux représentations cognitives relevant du champ de l'imagerie mentale ou du langage verbal. Elle concerne aussi les **ressentis corporels et les émotions** comme vient de l'illustrer le petit exercice sur les souvenirs. Le neurologue Antonio Damasio (1994), dans son ouvrage *L'erreur de Descartes*, insiste ainsi sur l'importance des émotions dans le traitement cognitif. Plus précisément, il dégage la notion de **marqueurs somatiques** pour montrer comment l'utilisation de ces marqueurs (réactions physiologiques automatiques à certains événements) est essentielle dans le fonctionnement cognitif et la prise de décision.

Tout le monde n'est cependant pas égal dans ce traitement des émotions et ce processus ne se déroule pas toujours dans de bonnes conditions. En effet, différents mécanismes de défense sont susceptibles de conduire au fait d'être **clivé de certains de ses affects**, en particulier lorsque ceux-ci seront trop douloureux ou inélaborables psychiquement.

L'observation interne implique également que le clinicien ait une certaine capacité à ressentir ce qui se passe à l'intérieur de lui-même et puisse accompagner le patient dans la même direction. Le clinicien se doit plus largement de prêter une attention particulière à ce qu'il **ressent durant une observation clinique** dans la mesure où ces ressentis peuvent être conçus comme une forme d'écho des ressentis du patient.

Perspective neuroscientifique : Les neurones miroirs

Les travaux de l'équipe de Giacomo Rizzolatti (Rizzolatti, Fadiga, Gallese, & Fogassi, 1996), en Italie, ont pu mettre en évidence l'existence des **neurones miroirs**. Ceux-ci correspondent à des groupes neuronaux qui tendent à reproduire de manière automatique au niveau du cortex moteur les actions d'autrui, notamment en fonction de **l'intention** de l'action. Par exemple, lorsque vous regardez un joueur de tennis effectuer une action, le cortex moteur simule la même action automatiquement.

Cette tendance à reproduire en miroir les actions d'autrui participe du processus de représentation et concerne également la sphère émotionnelle. C'est ce que l'on appelle **l'effet caméléon**, qui permet de

mieux saisir les racines neurobiologiques des processus empathiques. Nous avons donc tendance, de façon automatique et spontanée, à reproduire à l'intérieur de nous le comportement et les émotions d'autrui.

Le clinicien prêtera donc une attention soutenue aux **représentations** et aux **affects** qui le traversent lors d'une observation clinique. En effet, ceux-ci peuvent être vus comme une possible simulation interne de la vie psychique du patient, même si tous les ressentis du clinicien ne sont pas pour autant l'écho. Tout l'art de l'observation clinique consiste justement à être sensible à ce que nous fait ressentir l'autre tout en parvenant à effectuer un travail de distinction entre lui et nous-même. Le risque sera autrement de projeter nos propres affects sur le patient. La capacité qu'aura le clinicien à accueillir les affects en souffrance du patient, à ressentir ces affects dans leur dimension corporelle pour ensuite parvenir à se les représenter et les transformer nécessite donc un travail psychique complexe qui permet de mieux comprendre pourquoi **l'observation est déjà en soi un soin psychique**►.

► Cf. plus de détails à la fin du chapitre avec l'exemple de l'observation du bébé.

3. L'observateur et l'observé : la constellation transférentielle

Nous avons présenté l'observation externe et l'observation interne comme des processus séparés pour des raisons didactiques. Nous allons à présent montrer comment ces deux registres s'articulent étroitement et les effets que cette articulation induit sur l'observation clinique. En effet, comme le montrent les travaux que nous venons d'évoquer dans le champ des **neurones miroirs**, il n'existe pas de frontière étanche entre l'observation externe et l'observation interne. Il y a en réalité une **perméabilité** et une **porosité psychique** importantes entre ces deux registres. Ainsi, peut-on considérer lors d'une observation clinique qu'il n'y a pas de distinction fondamentale entre l'observateur et l'observé comme nous l'avons déjà souligné.

Il s'agit là d'une spécificité essentielle caractérisant l'observation dans le champ des sciences humaines. En effet, dans les sciences expérimentales, le scientifique doit s'extraire autant que possible de la situation qu'il observe dans le but de produire une observation qui sera reproductible dans les

mêmes conditions par d'autres observateurs. En outre, on ne demandera pas à un biologiste de s'identifier à l'organisme qu'il étudie. Mais quand un clinicien observe un patient, il est **imprégné** par la réalité psychique de ce dernier. Ceci est une différence essentielle de positionnement impliquant une reprise **réflexive** de ses propres ressentis en écho de la problématique psychique du patient.

Par ailleurs, comme nous l'avons déjà évoqué, la manière d'observer produit des **effets sur l'observé**. Plus précisément, les conditions de l'observation produisent un rapport particulier à l'observé qui engendre chez ce dernier des modifications dans la façon dont il se présente à l'observateur. Les implications de ce constat ont été largement développées par l'anthropologue et psychanalyste Georges Devereux (1980) dans *De l'Angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*. Dans cet ouvrage, Devereux s'interroge sur les observations menées chez des patients provenant d'autres cultures. Il insiste sur le fait que **l'observateur observe l'observé en train de l'observer** et que **l'observé observe l'observateur en train de l'observer**. Le processus d'observation est donc bidirectionnel et il se produit des **effets de miroirs** à l'infini entre la subjectivité du clinicien et celle de son patient. En effet, lorsque le clinicien observe son patient, il s'observe lui-même, compte tenu du fait que le patient est en train de l'observer. Chacun explore donc spontanément la psyché d'autrui.

Dès lors, on saisit mieux l'évolution des dispositifs cliniques abordés dans la partie historique, de même que les soubassements du processus de concept de **décrire-construire**[►]. Les cliniciens, à chaque époque, produisent des méthodes d'observation qui gardent la trace de leurs propres processus de représentation. Les théories conservent également une trace des modes de représentation de l'observateur qui est à leur origine.

► Cf. [Chapitre 2](#).

Afin de tenir compte de ces particularités relatives à l'observation clinique, il est donc nécessaire de s'interroger sur ce que produit **l'observateur sur l'observé** et ce que produit **l'observé sur l'observateur**. Il s'agit de la sorte de parvenir à s'auto-représenter son propre fonctionnement psychique et ce qu'il induit dans la dynamique de l'observation. C'est la raison pour laquelle le clinicien sera attentif à la **dynamique transférentielle** que nous allons à présent détailler en précisant les éléments qui la constituent : le transfert, la

contre-attitude et le contre-transfert.

3.1 Le transfert

Le concept de **transfert** fut développé initialement par Freud à partir de sa rencontre avec des patientes souffrant de troubles hystériques[►]. Freud remarque que celles-ci tendent à tomber amoureuses de lui. Il fait l'hypothèse que cela n'est pas dû à son charme mais au fait que ces patientes transfèrent sur lui certains processus psychiques, en particulier des **désirs œdipiens**[►]. En somme, ces patientes se comporteraient à son égard comme elles auraient aimé se comporter à l'égard d'une figure paternelle. Freud considère tout d'abord ces mouvements de projection comme un obstacle qui l'empêchent d'aborder la vie psychique de ses patients, avant de saisir qu'il s'agit en réalité d'un outil de compréhension de la dynamique psychique ainsi qu'un possible levier thérapeutique. C'est ce **saut épistémologique**, fait par Freud à travers le développement progressif du concept de transfert, qui lui permettra progressivement de décrire le **complexe d'Œdipe** comme une forme de structuration de la vie psychique faisant retour dans le transfert[►]. Daniel Lagache (1949) reprend ainsi d'une manière condensée cette notion : « Le transfert en psychanalyse est essentiellement le déplacement d'une conduite émotionnelle par rapport à un objet infantile, spécialement les parents, à un autre objet ou à une autre personne, spécialement le psychanalyste au cours du traitement ».

► Cf. [Chapitre 2](#).

► Cf. [Chapitre 7](#).

► Cf. [Chapitre 7](#).

Pour repérer le transfert, il s'agira de s'interroger sur le comportement et l'attitude du patient à l'égard du psychologue clinicien. Est-il sympathique ? Méfiant ? Est-ce qu'il vous écoute, vous demande des conseils ? Vous place-t-il dans une position « haute » ? Vous fait-il des compliments ? Il est également possible d'appréhender les tendances transférentielles du patient à travers ses relations d'objet de manière générale et la façon dont il se comporte à l'égard de ceux qui l'entourent[►]. La dynamique transférentielle viendra à s'exprimer selon des formes multiples aussi bien dans le langage verbal que dans le langage de l'acte et prendra des formes variées (transfert négatif, transfert positif, transfert maternel, etc.). Citons en particulier trois de ces processus

transférentiels qu'il peut être utile de savoir repérer :

► Cf. [Chapitre 8](#).

- Le **transfert par retournement** (Roussillon, 1999) consiste à faire vivre au clinicien, par un mouvement de retournement passif-actif, ce que l'on n'a pas éprouvé soi-même. Le clinicien devient alors une surface de projection pour les parts clivées du patient. On parle également de transfert par dépôt (Vacheret, 2004) pour décrire des parts dont le clinicien se trouve dépositaire et qui ne lui appartiennent pas.
- Le **transfert paradoxal** : les processus de désymbolisation prennent le devant de la scène lorsque le sujet tend à reproduire une communication paradoxale antérieure[►]. D'une certaine manière, on peut considérer ce transfert comme une sous-catégorie du transfert par retournement, fréquent dans les problématiques psychotiques, et qui conduit le clinicien à avoir le sentiment qu'aucune évolution favorable n'est possible. Cela peut donner lieu dans certains cas à une réaction thérapeutique négative, forme de réponse paradoxale dans laquelle le patient semble aller de moins en moins bien au cours du suivi.

► Cf. [Chapitre 9](#) sur la communication paradoxale.

- La **chimère transférentielle** et les **processus de co-pensée** : ce concept a été proposé par Michel de M'Uzan (1994) pour décrire une forme de contre-transfert particulière dans laquelle le clinicien est confronté à d'étranges mélanges de pensées constitués des pensées du patient et du clinicien. Nous sommes alors dans des espaces très archaïques du transfert. Cette question d'un transfert fondamental et archaïque a également été longuement travaillée par Widlöcher qui propose le concept de « co-pensée » pour décrire ce travail à deux qui s'effectue entre le clinicien et son patient, réflexions que poursuivent certaines intuitions freudiennes sur le transfert de pensée (Evrard et Rabeyron, 2012).

3.2 La contre-attitude

Ce transfert de l'observé sur l'observateur produit chez le clinicien des impressions et des ressentis que l'on nomme habituellement contre-attitude quand ceux-ci concernent la sphère consciente. Il s'agit d'être attentif à ces images, ressentis, impressions ou encore aux sensations corporelles qui envahissent le clinicien lors de la rencontre avec le patient.

Il pourra, par exemple, être pertinent de s'interroger sur l'ambiance et l'atmosphère de la rencontre avec le patient comme l'illustre cette petite vignette clinique (Rebollar & Rabeyron, 2016) :

SITUATION CLINIQUE : Une atmosphère de secret

Hector est un patient d'une trentaine d'années qui vient en consultation car se trouvant en difficulté pour développer une vie de couple harmonieuse. Il se pense plus précisément incapable d'avoir des enfants et se dit entouré d'une lourdeur familiale qui ferait peser sur lui une malédiction le conduisant à la solitude. Les entretiens avec Hector se caractérisent d'emblée par une atmosphère très particulière. Celle-ci se distingue par la difficulté du clinicien à « s'accorder » avec le patient. Celui-ci donne le sentiment d'être constamment « de biais » ou « de côté » dans sa façon de parler de lui-même, comme s'il était étranger à sa propre histoire. Hector fait ainsi l'effet d'être à distance de ses propres émotions de par le caractère allusif de son récit. Le clinicien passe ainsi l'essentiel de son temps à essayer de comprendre ce dont Hector tente de parler, sans véritablement y parvenir.

Cette première impression est associée à l'atmosphère des entretiens qui se caractérise par une densité étonnante et rare qui se traduit en une temporalité spécifique.

Les séances semblent en effet durer un temps très court. Il se passe *quelque chose* d'impalpable que le clinicien interprète comme une figuration et une levée progressive du secret auquel le patient se trouve confronté. Le clinicien se trouverait-il face à ce non-dit dans lequel le patient a probablement baigné ?

Hector parviendra progressivement à donner une forme à cette « atmosphère noire et lourde » comme il la qualifie lui-même et qui l'entourait depuis l'enfance. L'essentiel du travail aura ainsi porté sur une élaboration en deçà des mots, lors de laquelle il a semblé fondamental d'accepter de partager avec ce patient cette atmosphère étrange faite de secret et d'inquiétante étrangeté. Au fur et à mesure que les séances avanceront, les mots se feront plus précis et l'accordage avec Hector sera d'autant plus aisé, mettant en évidence le travail de transformation et de symbolisation qui peut émerger à la faveur de l'écoute de l'atmosphère des séances.

Il est également essentiel de prendre un temps, après chaque patient, afin de noter ses ressentis et impressions durant la séance. Il s'agit ainsi de porter un regard réflexif sur ce que Bion appelle les **débris psychiques**, ceux-ci correspondant à des éléments psychiques du patient en attente de représentation.

SITUATION CLINIQUE : La contre-attitude

Judith, une patiente d'une trentaine d'années, se présente en entretien en évoquant des difficultés

relationnelles avec ses proches. Les entretiens s'apparentent à une longue plainte et une suite de reproches envers tous ceux qui l'entourent. Cela produit chez le clinicien un sentiment spontané de rejet à l'égard de cette patiente, voire même un sentiment diffus de colère et d'agressivité. Sur le plan de la contre-attitude, c'est donc un ressenti négatif dont il est fait l'expérience. Il est essentiel de se laisser traverser – par ce type de vécus, sans jugement – et de les laisser s'exprimer de manière à pouvoir secondairement essayer de saisir ce qu'ils expriment de la dynamique du patient. En l'occurrence, peut-être le vécu du clinicien le renvoie à ce qu'éprouvaient les proches de cette patiente à son contact. Peut-être aussi que la colère ressentie par le clinicien est à mettre en relation avec une colère non intégrée chez cette patiente qui se transforme en une plainte et une forme de projection à l'égard de son entourage.

3.3 Le contre-transfert

Le clinicien devra également être attentif au contre-transfert induit par le patient, à savoir ce qu'il rejoue lui-même de manière **inconsciente** du fait de la dynamique psychique inconsciente du patient. Le contre-transfert représente donc l'ensemble des réactions inconscientes vis-à-vis du patient en réponse au transfert de ce dernier. Compte tenu de sa dimension inconsciente, il est plus délicat à repérer et nécessite souvent un travail psychique dans **l'après-coup**. Le contre-transfert pourra avoir une action défavorable sur la prise en charge s'il n'est pas repéré et élaboré par le clinicien.

Les formes que pourra prendre ce contre-transfert sont variées et seule la rencontre sur de longues périodes avec les patients permet de saisir les étonnants effets des éléments contre-transférentiels. Par exemple, il arrivera qu'avec un patient au **fonctionnement opératoire** le psychologue se mette lui-même à penser de manière opératoire. Au contact d'un patient au **fonctionnement limité**[►], il ne sera pas rare de partager avec lui des moments d'idéalisations et de désillusions fréquents dans ce type de fonctionnement.

Pensée opératoire : concept proposé par Pierre Marty en 1962 pour désigner le fonctionnement psychique de certains patients évoquant peu leurs ressentis et présentant fréquemment des pathologies psychosomatiques.

► Cf. [Chapitre 8](#).

Le **travail de supervision** aide à ne pas reproduire dans le cadre thérapeutique ces modes de relation inconscients en lien avec la souffrance du sujet. Si le transfert est immédiat et durable, il faut souvent attendre un effet de « sédimentation » au fil des entretiens, afin de pouvoir saisir ses effets dans

l'après-coup avec l'aide d'un **superviseur**. Il est particulièrement important de prendre en considération le contre-transfert, car le sujet transfère souvent de manière inconsciente les processus les plus en souffrance. Plus précisément, ce qui chez le sujet n'est pas transformé[►] fait retour dans la **boucle intersubjective** dans le cadre thérapeutique. C'est souvent dans la reprise réflexive de ce qui se joue dans les entretiens que naît une meilleure compréhension des processus qui animent le sujet ainsi que des progrès thérapeutiques durables. La dynamique transféro-contre-transférentielle apparaît aussi bien comme un outil essentiel pour reconstruire l'histoire du patient qu'en vue de l'aider dans l'élaboration de celle-ci comme le souligne André Green (1993) dans le *Travail du négatif* : « La réponse par le contre-transfert (c'est-à-dire la réponse que l'analyste fournit de manière actuelle par son travail de verbalisation et d'inscription vicariant) est celle qui aurait dû avoir lieu (mais qui justement n'a pas eu lieu) de la part de l'objet ».

Superviseur : clinicien expérimenté auquel le psychologue expose les cas et les situations qui le mettent en difficulté.

► Cf. [Chapitre 9](#).

SITUATIONS CLINIQUES : Le contre-transfert

Dans le cas de la patiente précédente, Judith, si le clinicien ne parvient pas à élaborer consciemment ses ressentis, le risque sera grand que cette forme de colère ou de rejet se transforme en passage à l'acte. Cela pourra se matérialiser du côté du clinicien par le fait d'oublier un rendez-vous avec la patiente, d'arriver en retard à celui-ci, de ne pas se préoccuper de cette situation ou encore de se mettre à son tour à la critiquer. Dans les cas les plus extrêmes, cela pourrait conduire le clinicien à mettre un terme au suivi, reproduisant dans le cadre thérapeutique les mouvements de rejet dont la patiente est l'objet.

Un autre exemple caricatural donnera une illustration du contre-transfert : une patiente souffrant d'addiction sexuelle se rend en consultation pour essayer d'élaborer cette problématique dans le but de s'épanouir dans une nouvelle relation de couple. Elle rejoue alors dans le cadre des entretiens la logique de séduction qui la prédisposait à cette démarche. Le psychologue succombe alors aux mouvements de séduction de sa patiente et finit par avoir un rapport sexuel avec elle après quelques mois de suivi. Au-delà de la question éthique – cette attitude étant bien évidemment tout à fait condamnable, notamment sur le plan légal – les conséquences pour la patiente sont dramatiques car la problématique à l'origine de sa souffrance se sera ainsi rejouée de manière concrète dans le cadre thérapeutique.

On remarquera enfin que la distinction entre transfert, contre-attitude et

contre-transfert, présentés séparément pour des raisons pédagogiques, ne rend pas compte de la réalité des entretiens qui associent de façon indifférenciée ces différents registres. L'ensemble de ces champs représente en effet un **magma intersubjectif** qu'il est bien difficile de séparer entre processus conscients et inconscients. L'évolution actuelle des théories psychanalytiques, en particulier la **psychanalyse relationnelle**, tend d'ailleurs à considérer les différents processus transférentiels comme une forme de **constellation intersubjective** indifférenciée, fruit de la rencontre entre le patient et le clinicien. Le but n'est alors pas tant de déterminer ce qui appartient au transfert ou au contre-transfert que d'être sensible aux processus de transformation qui animent ce **produit psychique commun**.

Psychanalyse relationnelle : école de pensée psychanalytique développée initialement aux États-Unis dans les années 1980 qui insiste sur le rôle des relations réelles et fantasmatiques dans l'émergence de certaines psychopathologies.

4. Spécificités de l'observation selon différents dispositifs cliniques

Nous allons à présent examiner certaines particularités de l'observation à travers des méthodes développées auprès de populations cliniques spécifiques. Cela nous conduira à proposer quelques éléments concernant la façon de travailler avec un **bébé**, d'écouter **l'associativité** de l'adulte et d'observer un **groupe**.

4.1 L'observation du bébé

L'observation du bébé a été largement développée par Emmi Pikler à partir des années 1930. Cette pédiatre hongroise a structuré une méthode qui sera notamment appliquée à la **pouponnière de Loczi** située à Budapest et destinée à des orphelins de guerre. À partir de 1947, Pikler insiste sur la nécessité d'observer les comportements de l'enfant, en particulier lors de temps de jeu libre qu'il convient de préserver au sein des institutions. Elle suppose en particulier que **l'activité libre spontanée** du bébé est une préforme de l'activité de pensée du sujet en devenir. Les soignants sont ainsi amenés à réaliser des observations régulières, notées et partagées comme s'il s'agissait d'un film, sans jugement ou interprétation. Ces temps d'observation permettent aussi bien aux parents qu'aux soignants de rencontrer **l'enfant**

réel et non **l'enfant imaginaire**. Pickler souligne également de quelle manière l'observation attentive du bébé a déjà en soi une fonction soignante. Voici un extrait de l'un de ses ouvrages destiné aux parents (Pikler, 1962) :

L'observation du bébé selon Emmi Pikler

« Il faut avant tout observer l'enfant, il faut faire connaissance avec notre enfant. Cela a l'air d'être très simple ; en fait, ce n'est pas du tout une tâche facile [...] Car les yeux ne suffisent pas pour voir. Il faut savoir observer ; sentir et penser à la place de l'enfant, pouvoir entrer dans son monde, s'identifier à lui. Par exemple : l'enfant est couché dans une position qui nous paraît bizarre et même contrainte. "Le voir ainsi me fait mal", dit la maman, mais il ne faut pas croire que l'enfant se trouve aussi mal à l'aise que nous, si nous nous trouvions dans la même position. Nous devons voir d'abord si lui, l'enfant, se trouve ainsi à l'aise ou non. [...]

Ou bien, l'enfant est seul, ou dans l'obscurité. Il ne faut pas chercher dans nos souvenirs, comment nous, nous avons réagi étant enfants (on s'ennuyait sans compagnie ou on avait peur de l'obscurité, etc.), mais plutôt regardons, écoutons, observons ! Peut-être a-t-il peur ; mais il est fort possible que l'enfant examine paisiblement, d'un air satisfait, son environnement, que la solitude ne le gêne pas du tout – il joue attentivement avec ses mains ou expérimente sa voix – et il ne lui vient même pas à l'idée qu'on puisse avoir peur de l'obscurité. [...] Donc, pour aimer l'enfant, il ne faut pas le gâter, il ne faut pas s'affairer sans cesse autour de lui. Il faut, simplement, faire connaissance avec lui, il faut l'observer, il faut remarquer ce qui lui convient le mieux ou ne lui convient pas, et l'aider au bon moment en se rendant bien compte de ce dont il a besoin. C'est la base même de l'établissement d'une bonne relation, saine et paisible, entre la mère et son enfant. Il ne faut pas faire davantage, le reste vient tout seul. Naturellement, "faire connaissance" c'est une chose réciproque. Lui aussi, il fait connaissance avec nous, et avant tout avec nos amis. »

Les méthodes de Pikler seront reprises et développées dans les années 1950 par **Esther Bick** (1998), à la célèbre **clinique Tavistock** de Londres. Cette méthode a pour objectif d'améliorer l'observation clinique de manière générale à partir de l'observation du bébé. Bick explique ainsi que « le véritable but de l'observation d'un bébé (...) est de vraiment apprendre à observer ». De même que dans l'approche développée par Emmi Pikler, le principe de base est d'observer les comportements de l'enfant **sans interprétation**. Les mouvements et mimiques seront relevés comme des indicateurs de la vie psychique du bébé, qui s'exprime de manière préférentielle par le biais du corps.

La méthode d'observation développée par Esther Bick repose initialement sur l'observation d'une dyade mère-bébé, à domicile, durant plusieurs mois. Les séances d'observation ont lieu chaque semaine et durent environ une heure. Deux consignes de base sont données :

1. la règle de la **tabula rasa** : ne rien savoir *a priori* ;
2. la règle de **non-interférence** : ne pas interférer pour limiter les effets de l'observation.

Lors de l'observation, le clinicien ne prend pas de notes. Il se laisse entièrement imprégner par la situation et demeure attentif à ce que celle-ci lui fait ressentir. Après chaque observation, il rédige un compte rendu détaillé qui décrit de manière factuelle ce dont il se souvient et ses propres ressentis dans une même trame narrative. Il s'agit ainsi de développer une **observation subjective** (Prat, 2005) dans laquelle l'observateur tient compte de sa propre subjectivité comme élément de l'observation. Chaque semaine, ces comptes-rendus sont partagés entre cliniciens auprès d'un superviseur formé à cette technique. Chacun évoque alors, à partir de ses propres associations, les éléments concernant la **dynamique latente de l'observation**. Il s'agit ainsi de mieux comprendre la vie psychique du bébé à travers ces trois temps successifs (observation, rédaction, partage).

À partir de sa méthode d'observation du bébé, Esther Bick proposa également plusieurs hypothèses originales concernant, par exemple, les **mécanismes de défense archaïques** utilisés par le bébé ainsi que la **fonction contenante de la peau**, autant d'éléments qui permettent de mieux comprendre la vie psychique du bébé (Bick, 1998). Cette méthode s'est depuis popularisée et elle est utilisée en médecine néo-natale, dans les observations thérapeutiques mère-bébé, en crèche et en service de Protection Maternelle Infantile (PMI).

SITUATION CLINIQUE : Observation d'un bébé, Éric, âgé de 24 jours

Cette observation provient de l'ouvrage d'Albert Ciccone (1998) intitulé *L'observation clinique* :

« La mère me sert du café et me parle un peu de sa famille. On entend Éric pleurnicher. Nous écoutons en silence. La mère dit plusieurs fois qu'elle veut attendre jusqu'à ce qu'il pleure réellement. Elle explique que le père a donné la veille le biberon de 23 h car elle-même était exténuée. Elle pense que c'est une bonne chose pour le bébé de prendre de temps en temps un biberon afin qu'il s'y habitue en cas de sortie. La mère souligne qu'actuellement elle a elle-même assez de lait. Éric commence à pleurer plus fort. La mère débarrasse les tasses à café puis va dans la chambre du bébé. Éric est couché sur le dos, sa tête repoussée dans un coin du berceau. Sa main droite est bien fermée, le pouce serré entre les doigts. Sa main gauche s'agite dans l'air, les

doigts tendus. Ses jambes s'agitent sous les couvertures. La mère se met à me parler de la combinaison du bébé à rayures multicolores qui est pendue au mur.

Elle dit qu'Éric aime bien la regarder. Pendant qu'elle parle, Éric fait quelques bruits à peine audibles, ouvre la bouche et agite les bras. Sa langue reste entre ses lèvres puis fait le tour de sa bouche. À un certain moment, il attrape sa main gauche et la tient légèrement. Quand la mère regarde dans le berceau, il émet un bruit plus fort. Il ouvre grand la bouche, plisse les yeux et fait des mouvements de jambes plus rapides. La mère quitte la pièce brièvement pour aller chercher des couches ; ses pleurs montent alors crescendo et il commence à gémir "ah, ah...". Dès que la mère revient et prend Éric dans ses bras, le posant sur son épaule droite, les pleurs intenses cessent. La mère lui frotte le dos doucement, le tenant fermement contre son épaule. Elle répète "là, là". Éric rote bruyamment. La mère entreprend de lui changer sa couche. Éric fait une grimace et se met à agiter les jambes de manière énergique et saccadée. Il garde la tête tournée vers le coin droit du matelas, le front contre le rebord en plastique de la table à langer. Il se frotte la tête contre ce rebord un peu élastique à mesure que son agitation augmente. Il regarde fixement dans ma direction. La mère retire la couche mouillée. Quand elle soulève ses jambes, Éric pleure bruyamment, agite les jambes plus rapidement et brasse l'air de ses bras tendus. Il lâche un vent et expulse quelques selles [...]. »

4.2 L'observation de l'adulte : à l'écoute de l'associativité

La subjectivité de l'adulte est davantage « intériorisée » que celle du bébé, ce qui se traduit par une expérience langagière plus développée. C'est la raison pour laquelle le clinicien prêterait une attention particulière à **l'association libre** du patient dans le cadre de l'observation clinique de l'adulte. Freud insiste dans les *Études sur l'hystérie* (1895) sur l'importance de l'écoute des patients dans le but de comprendre les processus psychiques sous-jacents à l'expression symptomatique. Il développe ainsi une **écoute associative** à la rencontre de différents courants, qu'il s'agisse de la pratique de l'écriture automatique dans le somnambulisme artificiel, des courants associationnistes du XIX^e siècle et du mouvement surréalistes (Roussillon, 2009). Le fonctionnement cérébral est alors supposé reposer sur des **groupes associatifs** connectés entre eux, qui permettent le stockage et la communication des informations visuelles, auditives, kinesthésiques, ainsi que la production du langage. Le fait de suivre le fil associatif du sujet permettrait donc de comprendre la logique des organisations psychopathologiques. Par exemple, Freud tente ainsi de retrouver les éventuels traumatismes à l'origine de certains symptômes hystériques en suivant les associations d'idées de ses

patientes.

Freud énonce véritablement la règle de la **libre association** à partir de 1907 dans *L'homme aux rats*. Il abandonne alors l'hypnose au profit de l'écoute pour laquelle il préconise de suivre « le cours naturel et spontané des pensées ». Freud observe que des logiques spécifiques apparaissent dans le discours des patients. Celles-ci sont initialement relevées dans le champ de l'hystérie et seront étendues ensuite à l'ensemble du spectre psychopathologique. Freud propose en particulier une métaphore ferroviaire pour expliquer à ses patients la manière de tenir compte de cette consigne associative : « **Imaginez que vous êtes dans un train qui roule, vous regardez le paysage qui défile sous vos yeux et vous le décrivez à quelqu'un qui ne le voit pas** ». Cette consigne demeure pertinente aujourd'hui pour aider les patients à se saisir du cadre psychothérapique dans les **psychothérapies psychodynamiques**. L'étude du fil associatif permettra de reconstruire les logiques subjectives, aidant à saisir à la fois la structuration du sujet, l'origine de ses troubles ainsi que la manière de les prendre en charge.

L'observation de l'adulte portera ainsi une attention soutenue à **l'associativité**, celle-ci correspondant donc à la succession des idées présentées par le patient par le biais de la règle de libre association : De quoi parle-t-il spontanément ? Comment passe-t-il d'une idée à une autre ? Quelles sont les étrangetés ou les bizarreries s'exprimant dans le déroulement de sa pensée ? Comment le discours se trouve-t-il émaillé de lapsus, de blancs, d'inversions ou de formules inattendues ? En somme, que nous raconte le patient de sa vie psychique à travers l'associativité de son langage. Au fil des entretiens, des **lignes de force** se dessinent dans l'associativité du patient, aidant à mieux saisir la cohérence de sa dynamique psychique sous-jacente.

Exercice : L'association libre par l'écriture

Seul un cadre psychothérapique permet réellement de faire l'expérience de l'association libre car celle-ci nécessite le fait de dire tout ce qui vient à l'esprit en présence d'une autre personne. La consigne est simple, mais l'exercice est terriblement difficile tant nous n'avons pas l'habitude d'exprimer spontanément et sans censure les pensées qui nous traversent l'esprit.

Néanmoins, un petit exercice permettra d'en faire l'expérience *a minima*.

Prenez une feuille de papier et un stylo, tout en suivant la consigne initiale de Freud, et notez spontanément tout ce qui vous vient à l'esprit pendant une trentaine de minutes. Vous serez probablement surpris de voir ce qui peut émerger quand vous laissez vos pensées s'exprimer librement. Des méthodes de ce type ont notamment été utilisées par le courant surréaliste dans le but de

développer la créativité. On trouve aujourd'hui de nombreux ouvrages qui soulignent l'intérêt d'une pratique quotidienne du *free writing*.

L'associativité a également un caractère **polymorphique** et ne peut se restreindre uniquement au langage verbal (Rabeyron, 2015 ; Roussillon, 2009). Ainsi, l'observation implique une étude approfondie de l'associativité émanant également du **langage non verbal** comme nous l'avons déjà souligné et plus précisément de la manière dont celui-ci se déroule selon une certaine logique. Il s'agit alors d'être attentif à tout ce que montre le patient, tout ce qu'il adresse potentiellement en suivant le fil associatif en entretien. Le clinicien se laissera porter par les méandres de l'associativité au fil du suivi, que celle-ci concerne le langage parlé ou le **langage de l'acte** comme l'illustre le cas d'Elisabeth :

Le cas Elisabeth

Freud décrit dans *Les études sur l'hystérie* (1895) le cas d'une patiente, Elisabeth, dont l'un des symptômes est une vive douleur au niveau des jambes. Freud fait l'hypothèse que l'évolution de cette douleur au cours de l'entretien est associée à des éléments traumatiques. Ainsi, plus la patiente évoque dans son discours des éléments de ce registre, plus la douleur augmentera. Cette logique peut s'avérer pertinente dans le cas de douleurs de nature psychogène, l'associativité verbale produisant des effets sur l'associativité corporelle et la douleur qui peut lui être associée.

4.3 L'observation du groupe et la chaîne associative groupale

Le groupe induit également certaines particularités dans l'observation. Qu'il s'agisse du **psychodrame**, du **photolangage**, d'une **médiation thérapeutique**, d'un **groupe de parole** ou d', l'observateur est tout d'abord confronté à une grande **densité d'informations**[►]. L'attention est ainsi **diffractée**, plus étendue, produisant un sentiment d'éclatement ou de dispersion entre les différents membres d'un groupe.

► Cf. [Chapitre 9](#) pour une description de certains de ces dispositifs.

Ce sentiment est renforcé par le fait que le groupe produit un effet catalyseur sur le fonctionnement psychique. Il existe ainsi une affectivité groupale qui rend plus intense le **vécu affectif**, ce qui s'associe à de fréquents mouvements

de **régression**. Ces différents éléments combinés peuvent conduire à un sentiment de saturation pour un observateur inexpérimenté, d'autant que le groupe a tendance à « déposer » certains éléments de sa dynamique dans l'observateur, de la même manière qu'un patient en entretien individuel utilise le clinicien comme objet de dépôt des parts inélaborées de soi.

Ce processus de diffraction se joue également au niveau transférentiel lorsque plusieurs thérapeutes animent le groupe, ce qui nécessite alors d'observer la dynamique du lien **intra-transférentiel** comme le nomme **René Kaës**.

René Kaës, né en 1936, fut professeur de psychologie clinique (à l'université Lyon 2) et psychanalyste. Il a beaucoup travaillé sur l'étude psychanalytique des groupes et des institutions en collaboration avec Didier Anzieu.

SITUATION CLINIQUE :

À la rencontre de l'autisme par les médiations

Dans un groupe à médiation musicothérapique, un étudiant observe comment les enfants souffrant de troubles autistiques se saisissent de cette médiation. Lors d'un temps de reprise clinique à l'université, l'étudiant rapporte ses observations mais se trouve très en difficulté pour mettre en sens les éléments cliniques observés. Sa pensée semble centrée sur des données perceptives* et clivée d'une forme de lien permettant l'émergence de la pensée.

► Comme dans le processus de démantèlement, Cf. [Chapitre 8](#).

Il s'agit d'une illustration des processus contre-transférentiels induits par le groupe et plus précisément les pathologies autistiques. Celles-ci conduisent en effet les enfants à développer des mécanismes défensifs très lourds qui se transmettent ainsi aux observateurs. De la même manière qu'en prise en charge individuelle, la capacité à repérer ces mouvements contre-transférentiels est essentielle pour comprendre les processus psychiques et parvenir à s'en dégager, favorisant ainsi le déploiement des processus de symbolisation.

L'observation d'un groupe conduit également à être attentif à son **ambiance**, qui représente une synthèse intuitive et émotionnelle des mouvements qui traversent l'ensemble de ses membres. Le groupe peut ainsi produire d'emblée l'impression d'être dans un « bon » groupe ou au contraire un sentiment plus ou moins prononcé de malaise.

L'illusion groupale

Cette notion a été proposée par Didier Anzieu, en 1971, pour décrire un premier temps d'illusion

narcissique et d'idéalisation produit habituellement par les membres d'un groupe à ses débuts selon cette logique : « nous sommes bien ensemble, nous constituons un bon groupe, et nous avons un bon chef ». Elle correspond sur le plan groupal au narcissisme sur le plan individuel. L'illusion groupale est nécessaire au bon fonctionnement d'un groupe.

L'observation du groupe dépendra également du positionnement de l'observateur. Dans sa version la plus périphérique, lors de laquelle il intervient le moins possible, l'observateur peut être en position **d'observateur écrivain** (Brun, Chouvier, & Roussillon, 2013) et son activité se réduit à prendre des notes. À l'inverse, il peut être partie prenante des activités du groupe. Dans les deux cas, des temps d'échanges dans l'après-coup sont mis en place dans le but de comprendre la dynamique transférentielle particulièrement intense dans les dispositifs de groupe.

On sera également attentif à la **chaîne associative groupale** (Kaës, 2000) qui correspond à la version groupale de l'associativité. Il s'agit d'observer comment la parole passe d'un membre du groupe à l'autre. Le clinicien s'attardera également sur **l'associativité formelle** qui correspond aux associations entre les membres du groupe et les médiations utilisées.

► Cf. [Chapitre 9](#).

L'observation groupale conduit enfin au repérage d'un certain nombre de mécanismes de groupe. Par exemple, la mise en place d'un **porte-parole** (qui vient dire les souffrances des membres du groupe) ou à l'inverse d'un **porte-symptôme** (qui vient porter les souffrances des membres du groupe). On observera également avec intérêt certains mouvements défensifs récurrents (les mécanismes de **dépendance**, de **couplage** et **d'attaque-fuite**) tels que décrits par Bion (1965) dans ses *Recherches sur les petits groupes*.

Un groupe photolangage en prison

Voici un exemple d'associativité groupale obtenue au sein d'un groupe composé de détenus dans le cadre d'un groupe photolangage (Mirabel & Rabeyron, 2015). Lors d'une séance à laquelle cinq hommes participent, la consigne suivante est énoncée : « choisissez la photo qui vous représente le plus ». Le début de séance s'oriente principalement autour de photos portant sur les activités groupales faisant suite à la présentation d'une photographie qui montre un groupe d'amis. Les participants évoquent des associations portant sur la convivialité, le « plaisir d'être ensemble », mais aussi autour de la consommation de drogues et des interdits. Cette première partie de séance semble faire écho à la séance précédente lors de laquelle avaient également émergé des activités

groupales. Des échanges identificatoires s'étaient alors amorcés autour de loisirs partagés et de souvenirs d'enfance. Des pronoms se référant à la sphère collective tels que le « on » et le « nous » étaient alors prédominants. Mais, suite à la présentation de Thierry, l'un des détenus, les échanges prennent une nouvelle tournure. La photographie choisie représente une officine disposant de nombreux rangements. Il se saisit de cette image afin d'établir une métaphore de son vécu de la prison : « j'ai l'impression d'être l'une de ces boîtes dans un tiroir [...]. J'ai l'impression d'être classifié, quelqu'un qu'on a besoin de ranger [...], de mettre en boîte et du coup d'enfermer parmi des milliers d'autres [...] ». La suite des échanges s'oriente dans la même direction : un participant choisit, avec difficulté, la photographie d'une horloge lui permettant de faire part au groupe de son impression d'être prisonnier d'un temps « figé ». Un autre participant ne parvient pas à effectuer un choix et Thierry intervient à nouveau : « c'est comme si on perd un peu de notre identité ici, on est dépossédé de soi-même ». Cette évocation amène les autres participants à préciser leurs pensées : « la prison, ça rend bizarre ». La chaîne associative groupale s'oriente alors vers le registre de la destructivité : des vécus et des fantasmes crus de la réalité quotidienne émergent dans les échanges à travers l'évocation de morsures entre détenus et d'animaux dangereux (crocodile, serpent, poisson-chat sécrétant du « venin ») et d'animaux de basse-cour tournés en dérision (poule, coq, chien).

Les hypothèses de base du fonctionnement groupal

À partir de groupes thérapeutiques développés notamment à la Tavistock Clinic, à partir de 1948, Bion étudie les situations conflictuelles qui apparaissent dans les groupes et propose l'hypothèse d'une **mentalité de groupe**. Celle-ci correspond à une forme de soumission inconsciente de ses membres du fait de l'impossibilité de réaliser entièrement leurs désirs. La mentalité de groupe produit des angoisses de persécution conduisant à un clivage dans le groupe entre ceux défendant les idées reçues et une autre partie de ses membres, habituellement minoritaire, qui revendique le changement. Bion propose également trois « **hypothèses** » ou « **présupposés** » de base qui définissent la mentalité de groupe :

1. la **dépendance** correspond à l'adhésion totale au groupe et qui peut prendre la forme de la dépendance à un meneur censé permettre aux membres du groupe la satisfaction de leurs besoins,
2. les mouvements d'**attaque-fuite** de la part des membres du groupe envers le groupe ou à l'extérieur du groupe, en particulier face à la nouveauté. Il peut aussi s'agir d'une tendance à exclure tout élément étranger au groupe ou à trouver un ennemi extérieur au groupe,
3. le **couplage** consiste à se rassembler autour d'un couple de meneurs, qui lui-même pourra donner naissance au « Messie » qui sera censé résoudre les problèmes du groupe. C'est également la tendance des membres du groupe à se rassembler en couples.

La connaissance de ces processus est très utile pour repérer certaines dynamiques institutionnelles, en particulier dans les structures de soin en grande souffrance.

À RETENIR

- La perception est le fruit d'un travail de **construction**. Ce caractère constructiviste de la perception induit des particularités dans le champ de **l'observation clinique**. Le caractère **inaccessible** et **inconscient**

d'une partie des processus psychiques est également un élément dont il convient donc de tenir compte lors d'une observation.

- L'observation clinique implique de développer un souci pour le **détail** et une **attention** fluide entre clinique et théorie. La notion de **vertex** est utile dans ce travail d'articulation comme point de vue aidant à relier différents éléments cliniques au sein d'une configuration signifiante.
- La prise en compte de l'influence de l'observateur sur l'observé et de l'observé sur l'observateur est essentielle dans le champ de l'observation clinique. La **constellation transférentielle** (**transfert**, **contre-attitude** et **contre-transfert**) aide à mieux comprendre les interactions observateur-observé et la vie psychique du patient, tout en s'avérant être un levier thérapeutique essentiel.
- L'observation clinique varie en fonction de la **population** et du dispositif (**expressions corporelles** chez le bébé ; **associativité** chez l'adulte ; **chaîne associative groupale** dans un groupe).

NOTIONS CLÉS

- Association libre
- Chaîne signifiante groupale
- Constellation transférentielle : transfert, contre-attitude, contre-transfert
- Neurones miroirs
- Observation subjective
- Représentations mentales
- Vertex

POUR ALLER PLUS LOIN

CICCONE A. (2013), *L'observation clinique*, Paris, Dunod.

DAMASIO A.R. (1994), *L'erreur de Descartes*, Paris, Odile Jacob.

STERN, D.N. (1985). *Le monde interpersonnel du nourrisson*, Paris, PUF.

ENTRAÎNEMENT

QUIZZ

1. Quel concept proposé par Bion est utile dans l'articulation entre clinique et théorie ?
2. Quelle est la différence entre la contre-attitude et le contre-transfert ?
3. Quel est le nom de la pouponnière rendue célèbre par Emi Pickler ?
4. Quels sont les deux principes d'observation proposés par Esther Bick ?
5. Pour René Roussillon, l'associativité a un caractère... ?
6. Quel concept donne naissance au « saut épistémologique » de Freud ?
7. À quoi Freud est-il attentif dans le cas Elisabeth ?
8. Qu'est-ce que l'illusion groupale ?
9. Qui a proposé le concept de chaîne associative groupale ?
10. Quelles sont les trois hypothèses de base proposées par Bion ?

Exercices

- Réalisez cette petite expérience pour bien comprendre les liens entre perception, attention et construction : <https://www.youtube.com/watch?v=Ahg6qcgoay4>
- Consultez quelques exemples d'illusions cognitives disponibles à cette adresse : <http://www.unisaustralia.com/university-quizzes-problems-brain-teasers-and-experiments/psychological-illusions-and-puzzles/cognitive-psychological-optical-illusions/>
- Demandez à plusieurs personnes de réaliser l'exercice de la girafe. Essayez d'expliciter leur vécu et déterminez précisément les étapes cognitives par lesquelles elles sont passées pour arriver au résultat final.
- Avec l'accord de ses parents, observez les jeux d'un bébé ou d'un enfant en bas âge attentivement en essayant de saisir comment ceux-ci et sa façon d'être sont des indicateurs de sa vie psychique.



À l'image du cocon qui permet à la chenille de se transformer en papillon, l'entretien clinique est un espace protégé qui favorise les processus de transformation psychique.

Qu'allons-nous étudier dans ce chapitre ?

- Nous décrirons l'importance du cadre au sein duquel l'entretien clinique se déroule.
- Puis, nous aborderons plusieurs concepts qui orientent la manière de mener un entretien clinique et le positionnement sous-jacent du clinicien.
- Nous étudierons alors plus en détail la manière de conduire un entretien clinique avant de nous intéresser à ses particularités en fonction de la population rencontrée.

CHAPITRE 5 L'entretien clinique

PLAN DU CHAPITRE

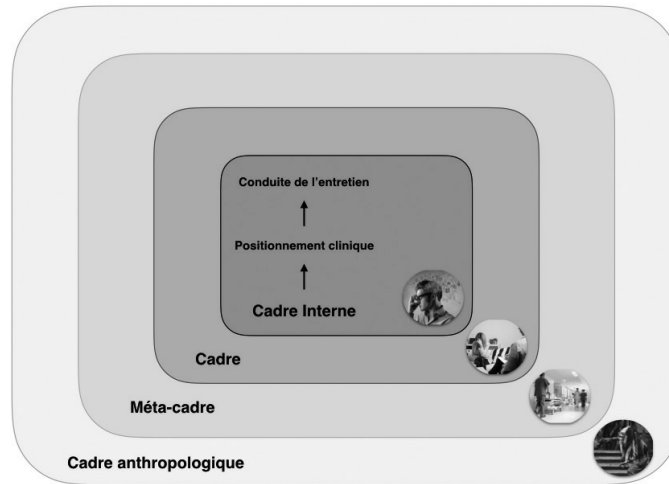
- [1. Le cadre](#)
- [2. Le positionnement clinique](#)
- [3. La conduite de l'entretien](#)
- [4. Spécificités de l'entretien clinique en fonction de la population rencontrée](#)

1. Le cadre

Un entretien clinique n'est pas une simple discussion à l'image de celle que l'on pourrait avoir avec un ami dans un café. Il obéit à un certain nombre de particularités que nous allons à présent dégager. La première d'entre elles concerne le **cadre** au sein duquel celui-ci se déroule. Il désigne l'ensemble des conditions de rencontre avec le patient et concerne aussi bien **le lieu où est mené l'entretien** (hôpital, cabinet de consultation, domicile, etc.), les **conditions de passation** de l'entretien (durée, fréquence, etc.) que le **cadre interne** du clinicien (positionnement clinique, règles éthiques et déontologiques, etc.). Le cadre précise donc un certain nombre de **conditions** et de **limites** de l'entretien clinique, formant ainsi un **premier contenant** pour les processus qui se dérouleront en son sein.

Fig. 1

Le cadre de l'entretien



1.1 Le cadre anthropologique

Le cadre est constitué de plusieurs enveloppes qui s'emboîtent à l'image des poupées russes (figure 1). Le cadre le plus large correspond au cadre anthropologique et sociologique ainsi qu'à l'époque dans lesquels se déroule l'entretien clinique. Il organise et structure les processus psychiques, en tant qu'ensemble de symboles, de langages et de rites qui participent du lien social entre les sujets. Cette dimension culturelle, qui peut paraître relativement discrète de prime abord, est davantage palpable en consultation transculturelle. Nous avons abordé dans la partie historique l'évolution progressive de ce cadre, en particulier depuis Mesmer jusqu'à sa forme actuelle, soulignant ainsi sa grande variation d'une époque à une autre[►].

► Cf. [Chapitre 2](#).

Le cadre et les psychédéliques

Certaines études sur les **psychédéliques** – des substances psychoactives utilisées initialement dans certaines sociétés premières afin de produire des états de conscience modifiés – ont été menées dans des cadres très variés (Carhart-Harris *et al.*, 2014). Les effets de ces substances sont très différents selon le lieu dans lequel sont réalisées ces études. Ainsi, dans un cadre neutre et froid, comme peut parfois l'être l'environnement hospitalier, le vécu des patients sous psychédéliques est beaucoup plus négatif comparé à la même expérience menée dans un cadre religieux aux vertus spirituelles. Ainsi, si la substance demeure la même, le cadre a un impact majeur sur ses effets. Lors de la conduite d'une étude, il s'agit donc de s'interroger sur l'influence du cadre.

Les troubles narcissiques-identitaires

Les premiers modèles psychanalytiques se sont développés pour tenter de comprendre la dynamique psychique des patientes hystériques à la fin du XIX^e siècle. Freud développa ainsi la psychanalyse dans une société viennoise qui plaçait les jeunes femmes dans un carcan très rigide – notamment concernant la thématique de la sexualité – favorisant l'émergence des troubles hystériques.

L'époque a ainsi une influence primordiale non seulement sur la forme que prendra la souffrance psychique mais également sur le cadre au sein duquel celle-ci sera traitée. Il en est de même aujourd'hui avec l'émergence et le développement des problématiques dites narcissiques-identitaires (Roussillon *et al.*, 2007) qui produisent une évolution et une transformation des cadres cliniques⁷.

► Cf. [Chapitre 8](#).

SITUATION CLINIQUE : Attentats et anxiété

Lorsque se produisent des événements marquants – tels qu'un attentat –, le discours des patients s'en trouve modifié. Il n'est ainsi pas rare, dans une même journée, d'entendre de nombreux patients parler d'un même événement. Il convient alors de ne pas en rester simplement à une lecture manifeste mais d'essayer de saisir comment la personne appréhende cet événement dans le cadre thérapeutique et ce que cela signifie de sa problématique psychique. Par exemple, pour des patients très anxieux, la survenue d'attentats augmente très fréquemment certaines inquiétudes. Il existe ainsi toujours une articulation étroite entre le cadre culturel et la vie intrapsychique.

1.2 Le méta-cadre

Le deuxième niveau du cadre correspond à la structure au sein de laquelle se déroule l'entretien, ce que l'on désigne habituellement comme le **méta-cadre**. Il correspond à la **structure dans laquelle évolue le clinicien**, qu'il s'agisse des caractéristiques architecturales d'un lieu ou des processus institutionnels. Le méta-cadre est une sorte de toile de fond des entretiens. Celle-ci peut être plus ou moins discrète selon les lieux d'exercice mais son influence demeure essentielle. De même que pour le cadre anthropologique, le clinicien sera attentif aux logiques qui structurent le méta-cadre. Par exemple, il sera pertinent de s'interroger sur l'ambiance ou l'atmosphère d'une institution, celle-ci gardant la trace des processus psychiques des patients.

SITUATION CLINIQUE : L'influence du méta-cadre sur le cadre thérapeutique

Une psychologue clinicienne met en place un groupe Photolangage © dans un Établissement

d'Hébergement pour Personnages Âgés Dépendants (EHPAD). Mais, du fait de travaux dans l'institution, le groupe doit changer de salle quasiment à chaque séance. La psychologue observe alors comment la dynamique du groupe est modifiée par ces changements sur le plan spatial qui fragilisent l'enveloppe groupale. Le groupe, en particulier quand il est composé de sujets vulnérables, nécessite en effet une grande régularité pour être contenant et permettre le déploiement des processus psychiques dans de bonnes conditions. Le rôle du clinicien sera, dans la mesure du possible, de participer de la cohérence et de la régularité du cadre institutionnel.

1.3 Le cadre

Le **cadre** à proprement parler désigne **l'espace au sein duquel se déroule l'entretien**. Paul-Claude Racamier (2001) indique que « ce qui le fonde, c'est un espace, un rituel, des repères temporels, des règles et des limites. Et c'est encore le fait, simple et évident, qu'on y entre, et que l'on peut en sortir ». Ainsi, chaque lieu (une salle de classe, un hôpital, une boîte de nuit) signifie quelque chose des processus psychiques qui s'y déroulent. Dans un cabinet de consultation, le fait que le fauteuil soit confortable, que le lieu soit calme, qu'on ne puisse pas entendre ce qui se dit de l'extérieur, vient signifier de manière implicite au sujet ce qu'il peut venir déposer dans le cadre de l'entretien et la manière de l'exprimer. La façon dont le bureau du clinicien est agencé est donc essentielle. De ce point de vue, comme le souligne notamment René Roussillon, le cadre **symbolise la symbolisation**. Il vient dire au sujet de quelle manière il peut transformer son expérience propre. Donald Winnicott a également largement travaillé cette question à travers ce qu'il nomme le **setting**, qui correspond « à la somme de tous les détails de l'aménagement du dispositif ». De ce point de vue, le clinicien sera donc attentif aux caractéristiques des différents dispositifs cliniques qu'il sera amené à mettre en place, que ce soit dans le cadre d'entretiens individuels ou en groupe.

SITUATION CLINIQUE : L'entretien au lit du patient

En pédopsychiatrie de liaison, le psychologue clinicien pourra être amené à intervenir auprès de patients alités. Dès lors, l'entretien clinique sera ponctué par l'ambiance de la chambre d'hôpital, marquée par les bruits des machines et des couloirs, l'interruption par le personnel soignant ou d'autres patients. Il sera également influencé par le fait que le patient est allongé ou semi-allongé. Il s'agit alors de tenir compte de ces éléments et d'aménager le mieux possible le cadre (par

exemple, fermer la porte pour plus de confidentialité) quand il n'est pas possible de mener l'entretien dans d'autres lieux.

SITUATION CLINIQUE : Les pleurs et la boîte de mouchoirs

Un jeune clinicien débute sa pratique en Centre Médico-Psychologique. Il constate que ses patients ne pleurent quasiment jamais jusqu'au jour où il décide d'ajouter une boîte de mouchoirs sur son bureau après quelques échanges avec un collègue. Il découvre alors que ses patients se mettent à pleurer !

Ce détail dans le cadre et ses conséquences peuvent paraître caricaturaux mais transmettent néanmoins un message implicite aux patients : « Ici, vous pouvez pleurer si vous le souhaitez ». Plus largement, ce détail qui n'en est pas un, symbolise également le fait qu'il s'agit d'un endroit où il est possible d'être triste et de l'exprimer. La douceur du mouchoir, le fait qu'il contienne les pleurs, viennent également symboliser les processus qui se jouent au sein de l'espace thérapeutique de l'ordre de la contenance. Cela pourrait sembler anodin, mais lorsque les différents éléments du cadre s'accumulent, ils produisent de grandes variations dans la manière dont les patients s'expriment et explorent leur subjectivité.

Le cadre sera également l'objet de formes spécifiques de transfert nommées **transfert sur le cadre**. José Bleger (1967) souligne ainsi comment les parties les plus **primaires ou archaïques** de la personnalité tendent à se projeter sur le cadre selon des logiques d'indifférenciation. Afin que ces parties de la personnalité puissent se transférer et qu'elles soient repérables par le clinicien, il est nécessaire que le cadre ait une certaine **stabilité** et **régularité**. Une figure ne peut s'exprimer que sur un fond, et le cadre représente ce fond immuable nécessaire pour déceler de petits changements dans la manière dont le patient s'en saisit. Le cadre a donc en soi une valeur thérapeutique dans la mesure où il permet l'expression de certains processus psychiques tout en permettant de les contenir. Il s'agit de la **fonction contenante du cadre** qui contient les angoisses et les peurs du patient, protégeant aussi bien ce dernier que le thérapeute.

Les conduites antisociales et l'importance du cadre

Durant la seconde guerre mondiale, Winnicott s'est longuement intéressé aux conduites dites antisociales (vitres cassées, vandalisme, agressions, etc.) développées par certains enfants et adolescents britanniques du fait de leur placement dans des foyers pour les protéger des bombardements à Londres. Winnicott (1970) note ceci : « les véritables thérapeutes étaient les murs et

le toit, la serre dont les vitres servaient de cibles aux briques, les baignoires si ridiculement grandes qu'il fallait de grandes quantités de charbon... c'était aussi le cuisinier, la régularité des repas, les couvertures assez chaudes et parfois même assez agréablement colorées... ».

Le cadre physique d'une institution doit être suffisamment fiable et résistant pour tolérer des mouvements d'agressivité relatifs aux problématiques antisociales. Winnicott insiste sur l'importance des caractéristiques physiques du cadre qui représentent symboliquement les premiers espaces psychiques. Les progrès thérapeutiques passeront par la dimension contenante du cadre de l'institution qui favorisera l'expression et la symbolisation de la souffrance psychique sous-jacente aux conduites antisociales.

SITUATION CLINIQUE : Le cadre

Un jeune clinicien reçoit des patients psychotiques dans une unité psychiatrique en intra-hospitalier. Un jour, une patiente réalise avec lui un dessin et lui demande s'il est possible de l'accrocher au mur. Le clinicien accepte. Quelques jours plus tard, un autre patient observe le dessin accroché au mur et demande qui l'a dessiné avant de demander à son tour de réaliser un dessin qui serait lui aussi affiché au mur. La même chose se produit avec d'autres patients et le clinicien s'interroge : afficher ainsi les dessins des patients, n'est-ce pas trahir une forme de secret professionnel ? D'un point de vue plus pragmatique, comment faire quand le mur sera entièrement rempli de dessins ? Ne faudra-t-il pas choisir (et donc privilégier) certains patients, ce qui aura nécessairement une incidence sur leur suivi ? Ainsi, une absence de réflexion préalable sur le cadre et les processus de soin qui lui sont liés aura-t-elle de nombreuses conséquences, menant parfois à des impasses au sein des suivis thérapeutiques.

1.4 Le cadre interne

La dernière enveloppe du cadre, la plus intime, correspond au cadre interne du clinicien. Celui-ci désigne les différents principes qui organisent son **positionnement clinique**. L'élément le plus manifeste de ce cadre, commun à tous les psychologues, est tout d'abord le Code de déontologie qui correspond aux devoirs liés à l'exercice de la pratique clinique en tant que psychologue. Ce code concerne aussi bien le respect de la personne, le secret professionnel, les relations autorisées ou non dans le cadre des entretiens (amicales, amoureuses), que les compétences nécessaires, etc.

Mais le cadre interne touche aussi et surtout à la manière dont le clinicien se représente la rencontre et la **posture clinique** qui en découle, celle-ci favorisant la disponibilité du clinicien, l'accueil et l'écoute. Ce cadre se construit progressivement à la rencontre entre expérience clinique et théorie. Les concepts que nous allons aborder à présent déterminent plus précisément

les caractéristiques de ce cadre interne associé au positionnement clinique.

SITUATION CLINIQUE : Le cadre dans la clinique de la précarité

Lorsqu'un psychologue clinicien intervient dans le champ de la précarité, il est souvent difficile de proposer des entretiens réguliers comme on le ferait en Centre Médico-Psychologique. En effet, la précarité psychique des personnes ne leur permet pas toujours d'investir un espace de ce type. Dès lors, il arrive que les entretiens se déroulent dans la rue, sous un pont, au plus près de la personne. Le cadre externe est alors très diminué en rapport d'autres structures de soin. Il conviendra donc d'être très attentif à son cadre interne. Généralement, plus le cadre externe est réduit et plus la cohérence du cadre interne est essentielle.

2. Le positionnement clinique

De même que l'observation clinique, l'**entretien clinique** est un outil essentiel de la pratique du psychologue. S'il se décline de manière très diversifiée selon le lieu d'exercice et la population rencontrée, il est possible de dégager des éléments communs au **positionnement** qui l'oriente.

L'entretien à l'image d'un jeu d'échec

Dans *Le début du traitement* (1913), Freud prend l'exemple du jeu d'échec pour illustrer la complexité d'un entretien : « Celui qui tente d'apprendre dans des livres le noble jeu des échecs ne tarde pas à découvrir que seules les manœuvres du début et de la fin permettent de donner de ce jeu une description schématique complète, tandis que son immense complexité, dès après le début de la partie, s'oppose à toute description. Ce n'est qu'en étudiant assidûment la façon de jouer des maîtres en la matière que l'on peut combler les lacunes de son instruction ».

De même, s'il est possible de dégager certains principes de l'entretien, force est de constater que ce qui se produit en son sein est d'une complexité qui ne saurait se réduire à l'application d'une procédure entièrement formalisée.

En fonction de sa formation, de son expérience, de ses références théoriques, le clinicien se construit une représentation de la manière de mener un entretien, raison pour laquelle deux entretiens cliniques ne sont jamais identiques. On peut distinguer plus précisément :

- les connaissances **implicites**, qui concernent la façon d'être et de se comporter en entretien, et résultent de la rencontre avec de nombreux

patients ;

- les connaissances **explicites**, qui correspondent à un certain nombre de concepts et d'éléments théoriques qui orientent le positionnement.

Avant de décrire plus en détail certains concepts relevant des connaissances explicites, il convient de souligner l'importance de quelques principes essentiels dans toute rencontre clinique et dans la façon dont le clinicien évolue en milieu institutionnel. Ainsi, le fait d'être fiable et sympathique est une base à partir de laquelle pourront se développer des compétences plus complexes à acquérir. Par exemple, un clinicien qui aurait à intervenir dans le cadre d'une supervision mais serait systématiquement en retard créerait d'emblée de mauvaises dispositions de travail. Ou bien un psychologue clinicien qui serait désagréable, ne respectant pas les formes élémentaires de la politesse, se mettrait lui aussi rapidement en difficulté.

Apprendre à ne pas savoir

La figure du clinicien est parfois inquiétante pour les équipes, en particulier lorsqu'il arrive dans une nouvelle structure. Le « psy » est parfois perçu comme celui qui serait en mesure de décrypter ou de débusquer certaines pensées inconscientes, ce qui peut être un objet d'intérêt, d'inquiétude ou de rejet. Il convient donc de se faire accepter des équipes et de ne pas intervenir d'une manière trop « brusque ». Sans une confiance suffisante à l'égard du clinicien, une équipe n'acceptera pas de livrer ses difficultés et de ses souffrances, rendant ainsi leur élaboration difficile. De même qu'avec les patients, il est souvent essentiel dans le travail institutionnel de faire comprendre aux équipes que nous ne « savons » pas mais que nous sommes là pour les aider à comprendre ce qui se passe dans leurs rencontres cliniques.

Il conviendra également de ne pas oublier la position d'**humilité** qu'implique tout positionnement clinique. Jacques Lacan invitait ainsi à se méfier de la position du **sujet supposé savoir**. Cette formulation met l'accent sur la position souvent idéalisée dans laquelle certains patients ont tendance à placer le clinicien dans le transfert. Celle-ci renvoie à des modes de structuration antérieurs de la réalité psychique[►]. Il s'agit alors pour le patient de trouver un autre qui sait pour soi et auquel on pourrait entièrement se référer pour aller mieux, à l'image du petit enfant dans sa relation aux figures parentales. Or, il convient de parvenir, au moins en partie, à se décaler de cette position, au risque sinon de transformer le clinicien en gourou et d'**aliéner** davantage le sujet au regard et à la parole de l'autre. Comme nous aurons l'occasion de le développer à plusieurs reprises dans cet ouvrage,

l'essentiel est au contraire de parvenir à accompagner le patient vers un savoir de – et sur – lui-même qu'il a déjà en lui.

► Cf. [Chapitre 7](#).

2.1 L'alliance thérapeutique

Parmi les concepts qui orientent classiquement le positionnement clinique, l'**alliance thérapeutique** est définie par Freud (1913) comme un mélange « d'intérêt sérieux » et de « compréhension bienveillante » à l'égard du patient dans le but de développer un engagement réciproque dans le cadre de la relation thérapeutique. Cette notion sera reprise et développée par le psychologue humaniste **Carl Rogers** qui en fera l'un des leviers essentiels de tout travail psychothérapique. Pour Rogers, cette alliance est le fruit d'une **confiance réciproque**, de l'**acceptation inconditionnelle** du patient et du respect de la **confidentialité** des éléments partagés en entretien.

Carl Rogers (1902-1987) : psychologue américain qui a largement contribué au développement du courant humaniste. Il a développé en particulier l'approche centrée sur la personne. Cf. [Chapitre 9](#).

Rogers insiste également sur l'importance d'une forme de **congruence** et d'**authenticité** chez le clinicien entre ses actes et ses dires, participant de l'alliance thérapeutique. Cette notion a également été mise en valeur par les recherches menées dans le champ de l'évaluation des psychothérapies. Celles-ci ont montré qu'elle apparaît comme le facteur privilégié de l'évolution favorable de la psychothérapie. Il est donc essentiel de s'assurer tout au long du suivi de la qualité de cette alliance sans laquelle tout travail psychique sera voué à l'échec►.

► Cf. [Chapitre 9](#).

Des recherches menées par **Daniel Stern** et le groupe de Boston (Stern, 2010) aident à comprendre plus finement l'alliance thérapeutique et plus généralement les caractéristiques du **changement en psychothérapie**. À partir de retranscriptions et d'enregistrements d'entretiens, Stern et son équipe ont pu mettre en évidence certaines étapes clés d'une psychothérapie appelées « moments de rencontre ». Ceux-ci découlent d'un moment à l'intensité émotionnelle particulièrement chargée lors de l'entretien. Ils conduisent le clinicien à produire une réponse **unique** et **authentique** à l'égard de son patient. Il ne s'agit pas tant d'une interprétation que d'une rencontre véritable qui opère le temps d'un instant et qui devient

particulièrement signifiante pour le patient. Le clinicien sera donc attentif au développement et à l'émergence de tels moments. Une séance de thérapie pourrait d'ailleurs être pensée en partie comme une série de moments de rencontre orientés par le désir qu'une nouvelle manière d'être ensemble puisse apparaître.

Daniel Stern (1934-2012) : professeur de psychologie, pédopsychiatre et psychanalyste, d'origine suisse. Spécialiste des interactions mère-bébé avec la notion d'accordage affectif, il a également contribué à la compréhension du changement en psychothérapie.

SITUATION CLINIQUE : Un moment de rencontre en MECS

En Maison d'Enfants à Caractère Social (MECS), une jeune fille de 13 ans, Adja, fait part au psychologue des difficultés rencontrées avec son petit frère. Celui-ci, âgé de 11 ans, n'a pas souhaité être dans le même groupe de vie qu'elle lors du placement. Adja raconte longuement l'admiration et l'amour qu'elle porte à ce petit frère qu'elle juge « fort », « beau » et « intelligent ». Les entretiens se succèdent sous forme d'éloge de ce frère qui refuse ses demandes répétées pour qu'ils vivent dans la même unité. Le psychologue lui propose alors spontanément une lecture de la situation : elle souhaiterait que son petit frère accepte d'occuper une place rassurante de grand frère pour elle, un peu comme s'il remplaçait leur père. Adja ne fait aucune remarque mais semble touchée par cette idée tandis que l'entretien s'achève. À la séance suivante, elle revient d'emblée sur ce qui a été dit la fois précédente en indiquant au psychologue que c'est « exactement ça » qui se passe pour elle. Elle ajoute par ailleurs qu'elle a même fait part de cette idée à son petit frère qui lui a répondu « il a bien raison le psychologue ». Ce petit moment de rencontre débloquera bien des difficultés chez cette jeune fille, représentant ainsi une étape essentielle du suivi, et donnera même envie à son petit frère d'entamer lui-même un travail psychothérapique.

2.2 Curiosité, surprise et double écoute

L'écoute clinique se caractérise également par le fait que le clinicien se doit d'être curieux de tout ce que peut dire le patient. Toutes les actions et pensées, mêmes les plus anecdotiques, peuvent être objet d'intérêt selon une approche qui se veut **holistique**. **Theodor Reik** soulignait déjà, en 1935, dans *Le psychologue surpris*, cette capacité à demeurer surpris par les patients, chaque rencontre étant l'occasion de découvrir de nouvelles facettes de l'expérience humaine.

Holistique : approche qui repose sur la prise en compte de la globalité du sujet.

Theodor Reik (1888-1969) : psychanalyste austro-américain qui a développé des réflexions concernant le positionnement du clinicien, en particulier dans son livre *La troisième oreille* (1948).

Reik insista également sur l'importance de la **troisième oreille**, qui consiste à tenir compte de l'écart existant entre le **manifeste** et le **latent** et la **double écoute** que cela implique durant l'entretien. Les éléments manifestes désignent ce qui est évident, conscient et facilement accessible tandis que les éléments latents relèvent davantage du registre inconscient et sont plus délicats à repérer. L'entretien clinique est marqué par cette dualité qui tient compte aussi bien des éléments conscients qu'inconscients. Il s'agit ainsi de ne pas prendre au pied de la lettre tout ce qui est dit par le patient et de saisir ce qui est exprimé derrière les apparences.

À ne pas confondre : Le manifeste et le latent

Voici une illustration de la différence entre le manifeste et le latent pour les processus du rêve : son contenu manifeste correspond au rêve tel que le rêveur s'en souvient au réveil tandis que le contenu latent représente le désir initial inconscient qui a guidé sa production. Freud suppose qu'il est possible de comprendre et de décrire le travail du rêve qui conduit à transformer le contenu latent en contenu manifeste[►]. En thérapie, il sera donc possible d'interpréter le rêve pour tenter d'effectuer le trajet inverse et comprendre la dynamique inconsciente qui anime le sujet.

► Cf. [Chapitre 9](#), partie sur le rêve.

SITUATION CLINIQUE : L'enfant et le deuil, entre manifeste et latent

Julien, un petit garçon de 7 ans, vient de perdre sa mère dans des circonstances dramatiques. Son père est profondément touché par cette perte associée à une grande culpabilité et le menant à un profond état de dépression. En entretien avec le psychologue, Julien n'évoque que très peu sa mère disparue. Il paraît détaché de cette question et semble aller bien, voire même un peu « trop » bien. De ce point de vue, il semble avoir mis en place ce que Melanie Klein appelle des **défenses maniaques** qui ont pour but d'éviter un effondrement dépressif, ce que cet enfant ne peut probablement pas se permettre compte tenu de sa souffrance et de celle de son père. Il arrive dans ce type de situation que l'enfant ait le sentiment de devoir soutenir son parent. À défaut de parler de sa mère et de sa disparition, Julien évoque chaque semaine, notamment à travers le dessin, les aventures de son chien. Sur le plan manifeste, cet enfant parle donc de cet animal de compagnie, mais sur le plan latent, il travaille de manière détournée, à travers cette figure animale, son propre deuil et les changements induits par la perte de l'un de ses parents. De la reconnaissance de cet écart entre le manifeste et le latent, découle ainsi un **accompagnement indirect du processus de deuil** chez Julien. De manière plus générale, il est essentiel de respecter ainsi chez l'enfant la manière dont il choisit de traiter cette question.

2.3 Neutralité bienveillante et attention flottante

Deux concepts hérités de la pensée psychanalytique – la **neutralité bienveillante** et l'**attention flottante** – décrivent plus précisément certaines spécificités du positionnement clinique.

La **neutralité bienveillante** est évoquée par Freud dans ses *Conseils aux médecins sur le traitement psychanalytique* (1912), ouvrage dans lequel il met en garde concernant deux écueils potentiels. Tout d'abord, un **orgueil éducatif** selon lequel il serait « contre-indiqué de donner des directives au patient telles que de rassembler ses souvenirs, de penser à une certaine période de sa vie, etc. ». Le risque serait ici de se placer dans une position éducative et Freud (1918) précise quelques années plus tard : « Nous avons catégoriquement refusé de considérer comme notre bien propre le patient qui requiert notre aide et se remet entre nos mains. Nous ne cherchons ni à former pour lui son destin, ni à lui inculquer nos idéaux, ni à le modeler à notre image avec l'orgueil d'un créateur ». Ainsi, le psychologue clinicien n'invoquera pas habituellement sa propre vie et ses difficultés durant un entretien (même s'il peut exister certaines variations entre les écoles psychothérapiques sur ce point). Il se positionnera d'une manière **neutre** vis-à-vis de ses propres valeurs et croyances, qu'elles soient religieuses, morales ou politiques. Il s'agit donc, dans la mesure du possible, de ne pas imposer ses a priori et sa représentation du monde dans le but de modeler le patient à son image.

C'est également la raison pour laquelle le clinicien sera prudent concernant un éventuel **orgueil thérapeutique** qui viserait à tout prix la guérison du patient. C'est là une forme de dimension paradoxale du lien thérapeutique mettant en œuvre le fait qu'à trop vouloir prendre soin d'autrui le risque est grand de l'enfermer dans ses propres attentes. Cela se traduit concrètement par l'absence de prise de position quant aux conflits internes du sujet, le thérapeute essayant de ne pas désirer à la place de son patient. Il s'agit de l'accompagner avec souplesse dans son évolution et son changement par cette position de neutralité bienveillante. Il convient plus largement pour le thérapeute de créer un espace d'écoute, sécurisant, au sein duquel le patient se sentira à même d'exprimer tout ce qu'il souhaite sans se sentir jugé.

Certains auteurs, dans la lignée des perspectives ouvertes par Bion (Bion,

1962b, 1962a), ont également proposé le terme de **fonction contenante** pour décrire cette particularité des entretiens, aidant à trouver un juste équilibre émotionnel à l'égard du patient et favorisant l'exploration de sa subjectivité.

Débat : Un clinicien sans orgueil ?

Dans certaines approches psychothérapiques, telles que les thérapies cognitivo-comportementales (TCC), il peut être demandé au sujet de réaliser des exercices. Mais cela n'implique-t-il pas une forme de désir à l'égard du patient et cela ne rentre-t-il pas en contradiction avec les deux types d'orgueils que nous venons d'évoquer ?

Pour certains cliniciens, ceci est effectivement le cas et ils se refuseront à utiliser ces méthodes de peur d'enfermer le patient dans leurs propres attentes et un éventuel processus de normalisation du sujet. Une position tierce nous paraît néanmoins envisageable en considérant que l'usage de méthodes plus directives en thérapie est possible à condition que le clinicien s'interroge sur leur utilisation dans la dynamique relationnelle. Sans une réflexion préalable incluant cette dimension, le risque sera grand de rencontrer certaines impasses thérapeutiques, en particulier chez les patients pour lesquels la question de la demande et du désir adressés à l'autre est au premier plan.

L'éducatif et le symbolique : la castration symboligène

Il peut arriver, en particulier en pédopsychiatrie, que l'on soit amené à faire des recommandations éducatives aux parents. Par exemple, l'un des parents ou les deux dorment avec leur enfant alors que celui-ci a atteint un âge auquel il est clairement devenu préférable qu'il dorme seul. S'il est suggéré aux parents de ne plus agir ainsi pour éviter certains effets de confusion chez l'enfant, cette proposition d'allure éducative sera pensée en fonction de l'ensemble de la dynamique familiale. Il s'agit donc de proposer des conseils éducatifs, certes, mais en tenant compte de leur inscription et de leur portée psychiques.

Françoise Dolto qui a par ailleurs proposé plusieurs apports théoriques concernant la psychanalyse de l'enfant – en particulier le concept d'image inconsciente du corps – évoquait ainsi l'importance de la **castration symboligène**, soulignant comment la mise en place de limites et d'interdits favorise grandement le processus d'humanisation de l'enfant. Travailler ces limites passe parfois par une réflexion sur le cadre éducatif parental, mais ce qui intéresse ici le clinicien, ce n'est pas tant l'élément éducatif en tant que tel, dans l'éventuel conseil donné, que sa portée symbolique.

Françoise Dolto (1908-1988) : pédopsychiatre et psychanalyste française, spécialiste de la psychanalyse de l'enfant.

La neutralité bienveillante est fréquemment associée à une deuxième notion, **l'attention flottante**, développée par Freud dans le champ analytique et qu'il présente ainsi en 1923 : « Le médecin analysant s'abandonne, dans un état d'attention uniformément flottante, à sa propre activité mentale inconsciente, évite le plus possible de réfléchir et d'élaborer des attentes conscientes, ne

veut, de ce qu'il a entendu, rien fixer en particulier dans sa mémoire et capte de la sorte l'inconscient du patient avec son propre inconscient ». Ainsi, le clinicien se doit de demeurer attentif et observateur, mais il doit également garder une forme de **distance associative** qui favorise le fait d'être imprégné par la vie psychique du patient.

En effet, un clinicien qui serait pris entièrement dans ses propres analyses et réflexions, en particulier sur le plan de la cognition rationnelle et structurée, ne laisserait guère la place à des phénomènes d'imprégnation psychique. Cet état favorise également **l'association libre** et la mobilité psychique du clinicien qui navigue alors avec plus de fluidité entre ce qu'il peut observer du patient et ce que celui-ci induit sur son fonctionnement psychique.

Dans la même optique, Bion a beaucoup insisté sur **l'état de rêverie** dans lequel doit parfois se situer le clinicien pour accompagner le travail psychique du patient. On ne peut bien entendu toujours se situer dans cet état, au risque d'être coupé du patient, mais il s'agit néanmoins d'avoir la capacité à se plonger dans celui-ci à certains moments de l'entretien.

SITUATION CLINIQUE : L'attention flottante et l'imagerie interne du clinicien

Une patiente d'une cinquantaine d'années raconte en entretien les différentes épreuves rencontrées dans sa vie et qui la conduisent à consulter en Centre Médico-Psychologique pour un état dépressif. Au fur et à mesure que la patiente raconte sa vie, le clinicien se laisse aller à ses propres associations dans un état d'attention flottante et voit émerger progressivement l'image de la patiente se débattant dans un fleuve boueux. En fin d'entretien, il se permet d'évoquer cette image : « En vous écoutant aujourd'hui, j'ai eu l'impression que votre vie n'avait pas été un long fleuve tranquille et je vous ai même imaginé vous débattant dans un fleuve boueux ». La patiente associe alors sur un rêve récurrent et angoissant dans lequel elle se trouve dans un fleuve noir dans lequel elle se noie. L'attention flottante du clinicien aura probablement favorisé ce processus d'imprégnation par la dynamique psychique de la patiente, donnant lieu à ce rêve et à un récit qui aura produit une image mentale très proche chez le clinicien. Ce type de rencontre entre la psyché du patient et celle du clinicien est un levier thérapeutique important qui catalyse le sentiment d'être écouté et compris.

Les notions de neutralité bienveillante et d'attention flottante ne doivent pas conduire à l'image caricaturale du clinicien qui ne prendrait que rarement la

parole – le psy carpe à l'image du poisson ! – et qui resterait ainsi dans un mélange de froideur et de rêverie donnant le sentiment à son patient qu'il est absent psychiquement. Bien au contraire, ces deux notions soulignent à quel point il est important que le clinicien soit chaleureux et entièrement présent durant l'entretien. La neutralité bienveillante favorise la qualité de la rencontre et de l'écoute, donnant le sentiment au patient d'être bien accueilli, tandis que l'attention flottante favorise le fait d'être au contact psychique de son patient.

L'ensemble de ces éléments participe ainsi du développement d'un positionnement clinique qui accompagne le patient dans **l'exploration de sa subjectivité**. Bien d'autres concepts existent pour orienter le positionnement clinique, mais la maîtrise de ceux que nous venons d'évoquer représente un **positionnement de base** qui nécessite de nombreuses années de pratique avant d'être véritablement intégré. La **qualité de présence** du clinicien qui en découle est essentielle.

3. La conduite de l'entretien

Après avoir précisé le cadre au sein duquel se déroule l'entretien clinique ainsi que certains concepts qui orientent le positionnement sous-jacent, voici à présent quelques éléments concernant la manière d'interagir avec le patient lors de l'entretien lui-même. On distingue habituellement trois types d'entretiens selon le gradient d'intervention du psychologue :

- L'entretien **directif** correspond à un entretien mené par le psychologue. Celui-ci pose des questions précises dans le but d'obtenir certaines informations. Ce type d'entretien sera privilégié durant les temps d'évaluation et dans le cadre de recherches cliniques. Il pourra, par exemple, s'agir d'un questionnaire auquel le patient répondra par oui ou par non.
- L'entretien **semi-directif** laisse quant à lui une plus grande liberté au patient. Le psychologue pose des questions orientées mais ouvertes, laissant une marge de manœuvre plus importante. Là encore, il s'agit d'une approche plutôt utilisée dans le champ de l'évaluation et de la recherche.
- Enfin, l'entretien **non directif** conduit à diminuer largement les interventions du clinicien. C'est essentiellement le patient qui mène la danse et oriente l'entretien. Cette approche est la plus utilisée en entretien

psychothérapique.

On pourra voir alterner ces registres au sein d'un même entretien. Il pourra arriver que le clinicien devienne plus directif lorsqu'il souhaite en savoir davantage sur un élément donné (symptôme, événement de vie, etc.). À l'inverse, il se pourra que le clinicien intervienne peu et se laisse bercer par l'associativité de son patient. Il n'existe pas de règle prédéterminée concernant ce **gradient de directivité** et le fait d'intervenir ou non est le fruit du ressenti et de l'expérience, voire du style du thérapeute.

Apprendre à se taire et écouter

Les apprentis cliniciens ont souvent pour défaut, lors de leurs premiers entretiens, d'être trop directifs. Ils tendent à poser de nombreuses questions dans le but d'en savoir davantage (ce qui part d'une intention louable), mais cela pourrait transformer l'entretien en interrogatoire de police ! Cette tendance est souvent renforcée par la peur du silence qui peut envahir le jeune clinicien. Le patient pourrait en retour avoir l'impression de ne pas avoir la possibilité de s'exprimer comme il le souhaite. Il convient d'apprendre à ne « rien faire » si ce n'est écouter le patient, ce qui est un exercice difficile. C'est souvent en parlant peu que l'on en apprend le plus, ce qui ne signifie pas que le clinicien ait à se transformer en un sphinx inquiétant, muré dans un silence absolu.

Au cours de l'entretien, le clinicien intervient de différentes manières. Il commence par **Pentame** qui oriente le début de l'entretien, s'agissant habituellement d'une formule suffisamment large pour laisser au patient la possibilité d'évoquer ce qu'il souhaite aborder (« qu'est-ce qui vous amène ? »). Il peut même s'agir d'un premier silence, pensé alors comme premier contenant destiné à recueillir un contenu à venir. L'entame peut également faire le lien avec l'entretien précédent et favoriser ainsi une forme de continuité d'un entretien à l'autre. Il convient d'être très attentif à cette entrée en matière car elle est le premier maillon de la **chaîne associative** qui se déroulera durant l'entretien et son influence est primordiale.

La conduite de l'entretien se caractérise également par la manière dont le clinicien va **ponctuer** les échanges. Il peut s'agir d'interventions discrètes (le fameux « hum... hum... ») qui montrent au patient qu'il est compris et écouté, ou d'interventions plus précises qui visent à expliciter le propos et à exprimer la surprise du clinicien face à certains éléments évoqués. Lorsque le patient se trouve en difficulté dans ses associations, le clinicien ne manquera pas de proposer une **relance** qui peut ouvrir vers de nouvelles perspectives à explorer.

SITUATION CLINIQUE : Le jeu du « je-ne-sais-pas »

Marcus est un jeune patient de 20 ans qui souffre de dépression et d'intenses crises d'angoisse qui le mettent en difficulté dans ses études universitaires. Lors des premiers entretiens, il ne parle quasiment pas ou répond de manière très évasive, souvent par « Je ne sais pas ». Ainsi, un « jeu du je-sais-pas » se mettra en place durant les entretiens pendant quelques mois, « jeu » dans lequel le clinicien essaye par divers moyens de comprendre ce qui se passe chez ce patient, ce qui se traduit habituellement par une bonne quinzaine de minutes de réponses sous forme de « je-sais-pas ». Le psychologue comprend que Marcus ne peut pas faire autrement et qu'il a d'énormes difficultés à saisir ce qui se passe en lui-même, comme s'il était déconnecté de son expérience intime. Il faudra donc un certain temps avant qu'il parvienne réellement à s'exprimer durant les entretiens. Dans ce type de situation, il peut arriver que le clinicien parle beaucoup, voire même davantage que son patient, dans le but de soutenir une associativité en panne.

D'autres formes d'interventions plus spécifiques peuvent être relevées. Ainsi, lors d'une **reformulation**, le psychologue reprend ce que vient de dire son patient en des termes légèrement différents. Ceci permet au clinicien de montrer au patient qu'il a bien saisi ce qui l'anime mais aussi de le reformuler d'une manière un peu décalée. Dans cette perspective, la reformulation est déjà en soi une forme de traduction ou d'interprétation du discours du patient. Ceci favorise **l'effet miroir** et **l'accordage** nécessaires à l'espace thérapeutique.

Les **interprétations** sont des interventions plus élaborées qui consistent à relier différents éléments cliniques proposés par le patient. Elles visent à accroître la réflexivité du sujet et à l'orienter dans la compréhension des processus psychiques qui l'animent. Dans les courants contemporains, notamment la psychanalyse relationnelle (Mitchell & Aron, 1999), on parlera davantage de **co-constructions** qui mettent en forme ce qui se joue dans les entretiens entre le clinicien et le patient. Il ne s'agira pas tant d'interpréter les éléments cliniques du point de vue intrapsychique, que de mettre en mots et en représentations ce qui s'exprime dans le cadre des entretiens.

À noter également que **ces constructions ne sont jamais des vérités en soi**. Comme le souligne en particulier Bion avec la notion de **vertex**►, ces constructions représentent des perspectives complémentaires concernant la vie psychique du sujet. Ce point est essentiel pour ne pas tomber dans l'écueil

menant à réifier une interprétation, c'est-à-dire la présenter comme étant la vérité seule et unique de ce qui anime le sujet.

► Cf. [Chapitre 4](#).

Le clinicien veillera également à proposer de possibles interprétations en tenant compte des **mécanismes de défense** du patient. De ce point de vue, Freud insistait largement sur le processus de **perlaboration** visant à accompagner le patient vers la découverte de lui-même plutôt qu'à lui présenter des lectures interprétatives d'une manière directe. Winnicott raconte à ce propos qu'au début de sa pratique, il tendait à proposer des interprétations entre de nombreux éléments pour montrer ce qu'il comprenait (qui visaient selon lui surtout à flatter son narcissisme !) tandis qu'avec l'expérience, ses interprétations consistaient davantage à relier plusieurs éléments entre eux pour montrer au patient ce qu'il ne comprenait pas... L'entretien clinique est aussi et surtout un accompagnement vers la **découverte de soi**, le clinicien ne faisant qu'arpenter ce chemin avec le patient.

Perlaboration : travail psychique d'élaboration menant progressivement à la levée des symptômes.

Face à un patient délirant...

Face à un patient schizophrène traversant un épisode délirant, il est généralement inapproprié de lui renvoyer de manière directe le fait qu'il est dans un état délirant. Le risque peut être grand d'augmenter ses mécanismes de défense. Même s'il existe différentes positions cliniques à cet égard (Grivois, 2000), il convient le plus souvent de faire preuve de tact et de contenance dans le but de mieux comprendre ce que vit le patient et l'aider ainsi à calmer ses angoisses.

À l'image d'une partition de musique, un entretien clinique est aussi à entendre comme une succession de **vides** et de **pleins**. Un entretien clinique qui ne serait constitué que de pleins, de moments de paroles, perdrait de son sens, raison pour laquelle au-delà des différentes interventions que nous venons d'évoquer, l'entretien clinique implique une grande subtilité à l'égard du maniement du **silence**.

Le silence est un temps d'élaboration qui permet que se déploient les ressentis et les représentations. Ceci caractérise la temporalité tout à fait spécifique d'un entretien clinique dans lequel il ne s'agit pas de se répondre

du « tac au tac », mais au contraire de prendre le temps de s'écouter parler mutuellement. Les processus de symbolisation nécessitent ainsi une **temporalité lente** favorisant l'émergence de la réflexivité.

4. Spécificités de l'entretien clinique en fonction de la population rencontrée

Nous allons à présent évoquer quelques particularités de l'entretien clinique en fonction de la population rencontrée, qu'il s'agisse de l'enfant, l'adolescent ou l'adulte.

4.1 L'entretien clinique avec l'enfant

L'entretien avec l'enfant implique tout d'abord le fait qu'il est habituellement rencontré en première intention avec au moins l'un de ses parents. À ce propos, il est utile de rappeler que l'entretien régulier avec un mineur n'est possible d'un point de vue légal qu'avec l'accord des deux parents, même s'il existe des situations particulières inscrites dans le cadre de la protection de l'enfance pour lesquelles le Juge des enfants ordonne le suivi du mineur sans que le ou les parents ne puissent s'y opposer. La clinique de l'enfant est donc le plus souvent une **clinique groupale** et le suivi implique une approche orientée par une **dynamique systémique** et **familiale**. Le symptôme et la souffrance de l'enfant sont ainsi à penser dans le cadre plus global du système familial au sein duquel il émerge.

Les particularités de la réalité psychique de l'enfant nécessitent par ailleurs des aménagements du cadre clinique (Chouvier, 2008). Cette réalité évolue davantage que celle de l'adulte et n'est pas la même selon que l'enfant a deux mois, six mois, deux ans, cinq ans ou dix ans. Il convient pour le clinicien de pouvoir se représenter suffisamment la subjectivité de l'enfant en retrouvant l'enfant qu'il a lui-même été. Dans cette perspective, il s'agira de repérer si nécessaire les différentes phases (orale, anale, phallique) qui organisent la vie psychique et les processus prévalents associés à chacune d'elles. Ces phases témoignent d'un mode privilégié d'interactions, de représentations et d'interprétations du monde que l'on peut résumer succinctement ainsi :

- la **phase orale** concerne la sphère buccale et le fait de se représenter le monde en fonction de ce que l'on peut mettre à l'intérieur de soi, conduisant

par exemple aux processus **d'incorporation** et **d'introjection**,

- la **phase anale** est marquée par la question du **contrôle**, des **limites** et du **non**,
- la **phase phallique** confronte l'enfant à la différence des sexes et des générations, celle-ci étant articulée au complexe d'Œdipe selon des relations complexes entre le **désir** et la **castration**.

Il convient donc, par un travail à la fois d'empathie et de reconstruction, de saisir ce qui structure principalement l'enfant à partir de ces quelques repères que nous explorerons plus en détail tout au long du chapitre 7.

SITUATION CLINIQUE : L'encoprésie

Lucia est une petite fille de 7 ans. Elle se présente en consultation avec ses parents en Centre Médico-Psycho-Pédagogique pour des troubles encoprétiqes. Elle est parfois constipée et ne parvient alors plus à aller à la selle, ce qui a déjà mené à plusieurs hospitalisations pour des lavements. À d'autres moments, elle ne parvient pas à se contrôler et fait sur elle, notamment en classe, ce qui a considérablement compliqué les rapports entre l'école, elle et ses parents. Dans ce type de situation, voici quelques-unes des questions qui traverseront le clinicien, une fois éliminée une cause organique toujours possible : pourquoi cette enfant se retient-elle ? Pourquoi à d'autres moments ne parvient-elle pas à se retenir ? Que signifie pour elle, à son âge, et compte tenu de sa réalité psychique, le fait de se retenir ou non ? S'agit-il d'attirer l'attention sur elle de cette manière ? Ce symptôme pourrait-il être compris comme une forme d'agressivité à l'encontre de ses parents ? On pourra également se questionner concernant une possible régression à la phase anale. En ce sens, on essaiera de saisir la dimension métaphorique du trouble et ce qu'il signifie pour l'inconscient de l'enfant. Il s'agit donc de se mettre à la place de l'enfant pour tenter de comprendre ce que représente subjectivement ce symptôme.

Différentes formes d'expressions psychopathologiques émergeront lors de l'entretien clinique avec l'enfant. Elles pourront aussi bien concerner des troubles dont l'expression sera directement **psychique ou comportementale** (angoisse, tristesse, dépression, colère, caprice, hyperactivité, agitation, rivalité au sein de la famille, etc.), des **troubles du développement** et des **difficultés psychomotrices** (retards, déficiences, dysharmonies, dyspraxies, autres troubles psychomoteurs, etc.), des **retards et troubles du langage et de la parole** (avec tout le champ des pathologies « dys » : dyslexie/dysorthographe, troubles complexes du langage de type dysphasie, dyscalculie, symptomatologie multi-dys, etc.), des **problèmes liés à la sphère**

scolaire (difficultés d'apprentissage, troubles de l'attention, phobie scolaire, difficultés relationnelles, précocité, etc.), des **situations traumatiques ou réactionnelles** (abus sexuel, carences, violence, harcèlement, deuil, placement, etc.), des **troubles psychosomatiques** divers (problèmes alimentaires, douleurs, maladies dermatologiques, etc.), des **troubles du sommeil** (cauchemars, terreurs nocturnes, difficultés à l'endormissement), mais aussi des troubles particulièrement sévères comme les **troubles psychotiques précoces** (schizophrénie) ou enfin les **troubles du spectre autistique**► qui impliquent souvent une prise en charge plus lourde.

► Cf. Partie 2.

Lorsque l'enfant ne parvient pas à traverser dans de bonnes conditions certaines étapes de son développement psycho-affectif, du fait notamment de conflits entre différents processus psychiques, il tend à utiliser des logiques de **régression** à des modes de fonctionnement antérieurs. Certains enfants auront ainsi tendance à se placer en retrait, présentant un tableau dépressif afin de lutter contre l'émergence d'éléments pulsionnels de l'ordre de la destructivité. À l'inverse, d'autres peineront à contenir les processus qui les animent, donnant lieu à une clinique marquée par les troubles du comportement et des passages à l'acte. Les évolutions sociales et culturelles tendent d'ailleurs à privilégier ce second mode d'expression psychopathologique.

Le positionnement en clinique de l'enfant sera orienté par plusieurs principes dont nous pouvons évoquer brièvement certaines particularités. Il s'agira tout d'abord de bien préciser le cadre de l'entretien auprès de l'enfant pour lequel la représentation de ce qu'est un psychologue n'est souvent pas claire. La reprise du but de la rencontre, de la compréhension de celle-ci par l'enfant (en revenant notamment d'emblée sur la manière dont la rencontre a été présentée par les parents) et le rappel du secret sont donc essentiels. Il sera également nécessaire d'être prudent envers de possibles fantasmes du **lilliputien**, liés au fait que la rencontre avec l'adulte peut être impressionnante pour l'enfant.

Il sera enfin essentiel de parvenir à se dégager de la position de l'éducateur, faisant comprendre à l'enfant que le psychologue clinicien ne lui demande rien et qu'il se trouve dans un espace de liberté pour exprimer ce qui passe en lui. Il convient en effet d'avoir à l'esprit que l'enfant a pour habitude que les

adultes lui demandent des choses (être sage, poli, gentil, etc.). Or, l'exploration de la subjectivité de l'enfant ne peut se faire qu'en étant décalée par rapport à cette position de « l'adulte demandeur », le but du clinicien étant de favoriser l'expression d'affects habituellement non exprimés dans les cadres familiaux et éducatifs. Ceci demande donc une grande souplesse et le clinicien devra s'apparenter à un **médium malléable** (Milner, 1950) en mesure d'accueillir les projections de l'enfant[►].

► Cf. [Chapitre 9](#).

SITUATION CLINIQUE : Attaques de pingouin

Miguel est un garçon de 10 ans reçu en consultation pour un état proche de la dépression et des difficultés scolaires. Lors du premier entretien, en compagnie de ses parents et de son petit frère atteint d'une maladie grave, il se place d'emblée dans un coin de la pièce sous le regard sévère de son père. Lorsqu'il est vu seul et qu'une médiation avec des animaux lui est proposée, Miguel se saisit d'un pingouin qui attaque tout ce qui l'entoure, jusqu'à attaquer le psychologue. Pendant quelques séances, Miguel aura ainsi besoin d'utiliser le pingouin pour exprimer suffisamment librement une forme évidente d'agressivité. Il convient alors que le clinicien accepte, dans les limites du raisonnable, de se faire un peu maltraiter. L'enfant comprend qu'il peut exprimer ici une agressivité qu'il doit habituellement contenir.

La psyché de l'enfant se constitue par ailleurs de manière préférentielle par le biais de la rencontre et **l'utilisation de l'objet**. La vie psychique a ceci de particulier qu'elle a besoin de « projeter » les éléments qui la constituent de manière externalisée afin de se représenter son propre fonctionnement[►]. Ce processus tend à être progressivement internalisé au fil de la maturation psychique. Cette internalisation permet à l'adulte une certaine indépendance à l'égard de l'objet, même si ces logiques demeurent à l'œuvre en toile de fond de la psyché, étant notamment convoquées dans la création artistique.

► Cf. [Chapitre 9](#).

Cette spécificité du fonctionnement psychique conduit donc à l'utilisation de **médiations** dans la clinique infantile[►]. Ainsi, un entretien étayé uniquement sur des logiques associées au langage verbal serait inapproprié et marqué d'une forme d'« adultocentrisme » consistant à rencontrer l'enfant à partir des modes de symbolisation de l'adulte. Les médiations utilisées en clinique de l'enfant seront variées, le dessin étant probablement le plus simple

et accessible. Lors d'un premier entretien, tandis que les parents présenteront la situation – parents avec lesquels le travail lors des entretiens sera également essentiel – on proposera ainsi à l'enfant de dessiner. Celui-ci pourra raconter sa propre histoire en parallèle du discours parental. Lorsqu'il sera vu seul, il pourra lui être proposé de réaliser un dessin libre, un dessin d'humeur, un bonhomme, sa maison ou encore sa famille. Chacune de ces consignes oriente la production de l'enfant qui raconte à travers ses dessins sa souffrance, ses angoisses, ses conflits et ses défenses. La feuille de dessin est ainsi un premier contenant, un premier cadre, pour l'expression de la subjectivité de l'enfant. Il représente un outil d'évaluation mais aussi un vecteur du travail de symbolisation tout au long du suivi.

► Pour plus de détails, cf. [Chapitre 9](#).

Le squiggle

Winnicott a développé une méthode de dessin aussi simple qu'efficace appelée *Squiggle* (gribouillage). Il existe plusieurs manières de réaliser un *Squiggle*. Dans l'une d'elles, l'enfant et le clinicien choisissent chacun un feutre de couleur. Le clinicien dessine une première forme indéterminée. L'enfant dessine à son tour ce qu'il souhaite. Chacun ne peut s'exprimer verbalement concernant ce qu'il voit. Progressivement, des formes apparaissent à partir de ces gribouillages informes à la rencontre de la psyché de l'enfant et de l'adulte. À la fin du jeu, il est proposé à l'enfant de dire ce qu'il voit sur le dessin. Le clinicien explique ensuite à son tour ce qu'il voit. Un nom peut être donné au dessin. Le squiggle apparaît ainsi comme une illustration de l'espace transitionnel théorisé par Winnicott, lieu de créativité et de symbolisation⁷.

► Cf. [Chapitre 7](#).

Exemple de Squiggle



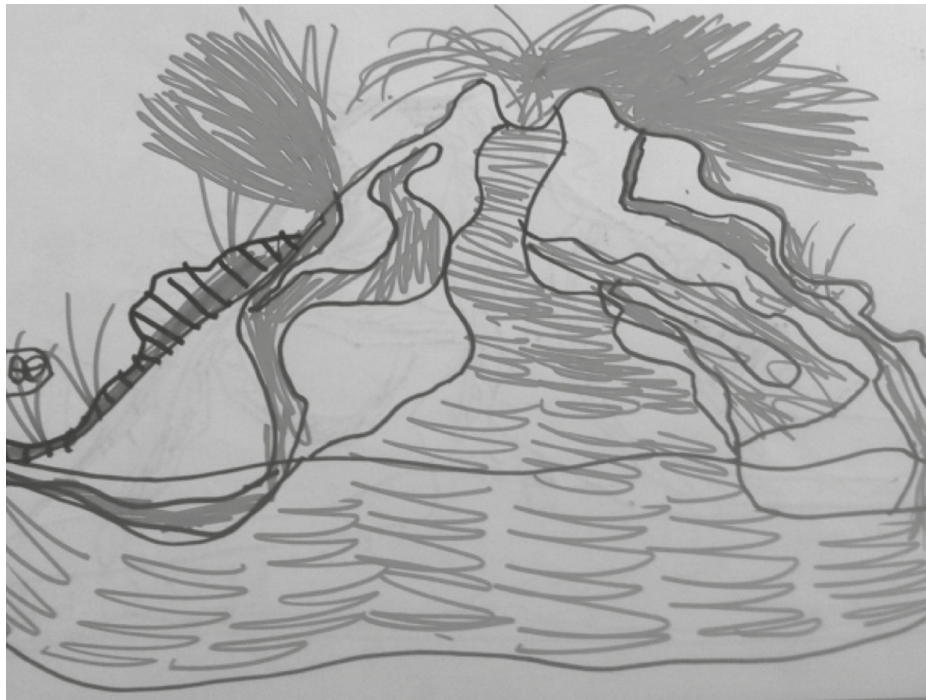
Voici un exemple de Squiggle obtenu avec un petit garçon âgé de neuf ans souffrant de troubles du

comportement et se trouvant en échec scolaire. Son récit à la fin du Squiggle est le suivant : « C'est quelqu'un qui a des yeux, un nez, une bouche, une langue, des oreilles et il pleut. Il dit "Aie" et dit "Attends je vais prendre mon manteau !" . Il y a aussi des nuages, son cou, et le soleil. »
Il appela ce dessin « Le Monsieur sans nom ».

SITUATION CLINIQUE : Une histoire de dragons et de volcans

Hector, huit ans, est renvoyé vers le Centre Médico-Psychologique par un Centre de référence pour un suivi dans un contexte d'échec scolaire. Lors du premier entretien, en présence de sa mère, celle-ci explique qu'Hector est très agréable dans les relations duelles mais qu'il devient parfois très colérique sans raison apparente. Il a également de grandes difficultés à communiquer et à jouer avec les autres enfants de sa classe de CE1 et il est donc souvent très isolé à l'école.

Quand le psychologue le voit seul, Hector lui explique qu'il adore les bandes dessinées et la construction de cabanes. Il aime « réparer des trucs et construire des choses avec des légos ». Il s'exprime avec beaucoup d'aisance et un vocabulaire particulièrement riche pour son âge. Il explique que selon lui « tout va bien et qu'il n'y a pas de problème », tout en continuant à faire le dessin commencé quand sa mère était là : un « dragon qui vit sous l'eau » et qui « pourrait manger une baleine », ainsi qu'un bateau de « pirates Viking » duquel des prisonniers sont jetés par-dessus bord. Lorsqu'il est seul avec le psychologue et dans la suite du suivi, il dessinera de façon récurrente des guerres, des volcans (un exemple dans l'image ci-dessous) et des explosions, ceux-ci étant peut-être à comprendre comme une représentation de son état psychique interne.



Le **jeu** sera également essentiel lors de l'entretien avec l'enfant et il peut être considéré comme l'équivalent du rêve pour la clinique de l'adulte. Au-delà de son importance dans le développement cognitif, social et développemental, le jeu a en effet une fonction essentielle dans les processus d'appropriation subjective. La rencontre avec l'objet se réalise ainsi dans un espace intermédiaire qui permet à l'enfant de projeter ses propres contenus psychiques inconscients. Le jeu deviendra ainsi un attracteur de la vie psychique de l'enfant, aidant aussi bien à préciser ce qui l'anime qu'à le mettre en scène et à le symboliser. Les différentes médiations – animaux, pâte à modeler, marionnettes, etc. – seront déterminées avec soin, les propriétés de chacune d'elles permettant d'explorer de manière préférentielle certains processus. Au sein d'un cadre bien posé, l'enfant disposera ainsi d'un large éventail de médiations. Celui-ci fera son choix et pourra ainsi y déposer des éléments de sa vie psychique en souffrance[►].

► Cf. pour plus de détails [Chapitre 9](#).

À ne pas confondre : le game et le play

Winnicott propose de distinguer le **game** et le **play**. Le game correspond au jeu qui se déroule dans un cadre structuré et dont les règles sont immuables (par exemple, dans les jeux de société) et l'intérêt essentiellement ludique. Le play correspond pour sa part au jeu libre et spontané. Le cadre clinique favorisera l'émergence et le développement du play car il catalyse la créativité et le processus de symbolisation.

À la rencontre de ces différents éléments, l'entretien clinique avec l'enfant visera dans un premier temps à évaluer la situation globale. Le clinicien conjuguera observation directe et analyse de l'inscription de l'enfant dans la **dynamique familiale**. À cela s'ajoutera une compréhension des processus psychiques à partir de la qualité de symbolisation exprimée à travers ses dessins et ses jeux. On prêter également attention à la **dynamique transférentielle**, en particulier la manière dont l'enfant rencontre le clinicien et ce qu'il induit au niveau de sa contre-attitude et de son contre-transfert. Les tests projectifs (Rorschach, CAT, Patte-Noire) pourront également être un outil favorisant la compréhension de la dynamique psychique de l'enfant, de même qu'une éventuelle évaluation cognitive (WISC, bilans cognitifs d'orientation piagétienne) ou neuropsychologique (NEPSY)[►].

Il s'agira ainsi de parvenir progressivement à comprendre et décrypter les symptômes de l'enfant et leur articulation complexe avec d'éventuels troubles cognitifs et développementaux. L'évolution des symptômes de l'enfant au cours du suivi sera également un indicateur précieux concernant la pertinence des hypothèses proposées et leur effet au cours de la prise en charge. On notera enfin, de ce point de vue, que l'entretien clinique avec l'enfant se caractérise par la très grande **labilité** de sa vie psychique, des progrès thérapeutiques rapides étant relativement fréquents en rapport de ce qui peut être observé chez l'adulte.

4.2 L'entretien clinique avec l'adolescent

L'entretien clinique avec l'adolescent confronte à un certain nombre de difficultés aussi bien sur le plan de la pratique que de la théorie. La clinique adolescente tend en effet à « extrémiser » pratique et théorie, elle « chauffe à blanc », sous le coup des processus pubertaires, les remaniements de la réalité psychique (Gutton, 2013). Les processus adolescents nécessitent donc un certain nombre d'aménagements du cadre clinique (Jeammet, 2002).

On remarquera tout d'abord une double logique qui n'est pas toujours simple à manier. Chez un certain nombre de patients adultes, il s'agit d'aider le sujet à se remettre en contact avec les éléments de sa vie psychique non intégrés qui le font souffrir. L'adolescent est confronté à la même problématique, mais celle-ci se double d'un **trop-plein de réel** qui l'envahit. Il s'agit donc tout à la fois de permettre l'émergence des processus de symbolisation mais également de les contenir de sorte qu'ils ne deviennent pas effractants. Ceci explique probablement pourquoi l'entretien avec l'adolescent tient davantage du **dialogue** que de l'association libre. Pour la même raison, il peut arriver qu'il soit nécessaire de ne pas recevoir de manière trop rapprochée l'adolescent afin de lui laisser le temps de « digérer » les entretiens.

Réel : notion proposée par Lacan qui correspond notamment à ce que l'on ne peut connaître.

Il s'articule à l'imaginaire et au symbolique dans le tryptique RSI.

Ceux-ci proposeront un environnement suffisamment tempéré. Le risque sera sinon de se trouver confronté à un « adolescent glaçon » coupé de son vécu, ou à l'« adolescent huître » qui se referme dès qu'il entrevoit sa

dynamique psychique inconsciente qui le dépasse autant qu'elle l'inquiète. La marge de manœuvre du clinicien est d'autant plus réduite que le risque est grand de perdre le fil de l'alliance thérapeutique, donnant lieu parfois à une fin prématurée du suivi. Cela pourra par exemple être le cas lorsque l'adolescent vivra le psy comme trop allié à des parents avec lesquels il est susceptible de se trouver en guerre plus ou moins ouverte. Le premier contact est souvent essentiel de ce point de vue. Il s'agit de n'être soi-même « ni trop chaud, ni trop froid », permettant d'être aussi bien une surface de projection qu'un contenant pour la psyché adolescente. Le **tact** aura également son importance, d'autant plus grande qu'il implique souvent une temporalité courte auprès de l'adolescent qui attend lui-même une réponse du tac au tac.

SITUATION CLINIQUE : Le premier contact avec l'adolescent

Élodie, 16 ans, est vue en consultation avec sa mère. Hospitalisée suite à des scarifications et des conduites à risque, les tentatives précédentes de prise en charge en individuel se sont rapidement révélées un échec. Les parents, eux-mêmes suivis tant leur souffrance et leur incompréhension sont grandes, sont très inquiets pour leur fille qui est sur le point d'être déscolarisée. Quand Élodie est vue seule après un premier temps en présence de sa mère, l'ambiance est lourde : le psychologue a le sentiment qu'elle le « fusille » du regard et qu'au premier mot inapproprié, il sera d'emblée voué aux gémonies.

Les situations de ce type ne sont pas rares et nécessitent de la part du clinicien une capacité à rentrer rapidement en « contact » avec l'adolescent, au risque sinon de ne pouvoir engager un travail thérapeutique. Suite à quelques tentatives avortées sur le plan verbal, le psychologue improvise le « jeu » suivant : il dispose des images au sol et suggère à Élodie de choisir du regard les trois images qui lui « parlent » le plus. De son côté, le psychologue fait de même, à partir de ce qu'il a perçu de l'entretien qui vient de se dérouler en présence de la mère d'Élodie. Les choix d'images se recouvriront suffisamment pour qu'un intérêt pour le dispositif proposé puisse émerger chez cette jeune fille et qu'un suivi se mette progressivement en place.

Il s'agit donc de respecter l'écosystème psychique de l'adolescent en acceptant son désir de parler ou non ainsi que son mode d'expression privilégié. En ce sens, il convient d'être aussi peu directif que possible de manière à se présenter comme un adulte dont le positionnement est différent de ceux qu'il peut avoir l'habitude de côtoyer : un adulte non menaçant qui ne lui promet et ne lui demande rien, un adulte qui pourra peut-être porter sur

lui un regard différent de celui que lui portent ceux qui l'entourent habituellement. Il convient, dès les premiers temps de l'entretien, de se décaler de la position de l'adulte « éducateur » comme avec l'enfant. L'adolescent côtoie en effet fréquemment des adultes qui lui disent ce qu'il doit faire et qui lui imposent des limites, qu'il s'agisse de ses parents ou de ses enseignants. Il s'agit donc de dissiper d'emblée certains malentendus qui pourraient grever l'alliance thérapeutique. La reprise des règles habituelles du secret, une explicitation claire du cadre thérapeutique ainsi qu'une **grande malléabilité** sont alors essentielles. Dans le même registre, on notera qu'un certain nombre de représentations ou de fantasmes plus ou moins étranges concernant le clinicien – qui s'occupe des « fous », qui pourrait lire dans les pensées, etc. – pourraient également compliquer le début du travail psychothérapique s'ils ne sont pas débusqués rapidement. Il conviendra aussi de parvenir à se décaler de la figure caricaturale du « vieux » dans la psyché adolescente, en montrant que l'on saisit suffisamment son univers pour pouvoir s'y glisser sans trop le déranger.

Par ailleurs, le clinicien se doit d'être soucieux de conserver une **alliance thérapeutique avec les parents**. Il est essentiel de ne pas donner l'impression de prendre parti en trouvant une position tierce qui évite de renforcer les défenses des parents ou celles de l'adolescent. C'est souvent de l'internalisation de cette position par le clinicien que découlent des progrès thérapeutiques lorsque les difficultés familiales sont au premier plan. Il s'agit alors de créer une **double alliance** qui nécessite un certain nombre de subtilités dans le positionnement clinique. De nombreux cas de figures peuvent en effet se présenter à la suite du premier entretien. Il pourra être envisagé une prise en charge individuelle de l'adolescent ou une prise en charge impliquant uniquement les parents. Entre ces deux extrêmes, de multiples nuances seront possibles : suivi familial avec le jeune et les parents, suivi avec le jeune et l'un des parents, etc. Le cadre pourra toujours être amené à évoluer au fil du suivi, à condition de penser son incidence sur la dynamique transférentielle. Cette **malléabilité du cadre** nécessite en particulier une grande prudence dans le maniement du secret et le respect de l'intimité psychique de l'adolescent. Le sentiment d'être sur « le fil du rasoir » décrit au début du suivi peut parfois faire soudainement retour lors des entretiens, en particulier lors de ce subtil mais difficile maniement du cadre.

Le cœur même des entretiens avec l'adolescent confronte à un certain nombre de questionnements sur le plan psychothérapique. Il s'agit tout d'abord, comme nous le rappelle Winnicott (1960), de bien saisir que l'adolescent « ne désire pas être compris », au sens intellectuel du terme. Dans cette idée, **Jean Guillaumin** (1985) rappelle « la priorité accordée par l'adolescence au vivre sur le comprendre ». L'adolescence n'est pas tant le temps de la réflexivité que celui de l'expérience. Il s'agit donc de l'accompagner dans le **pot au noir**, comme l'appelle Winnicott, de manière à l'aider à passer ce cap difficile. On restera donc sur le pont avec lui durant les intempéries en attendant que l'orage passe et on s'émerveillera de ses découvertes et de ses potentialités lorsque se présentera une accalmie. On sera également à ses côtés dans sa lutte pour se **sentir réel** face à cette question fondamentale qui a traversé chacun d'entre nous : « comment être adolescent au moment de l'adolescence ? » (Winnicott, 1960). Face à « l'adolescent caméléon », tantôt replié sur lui-même, tantôt exubérant, il s'agit alors de ne pas chercher une solution pour lui mais avec lui. Le risque serait en effet de reproduire dans la dynamique transférentielle ce qui fait souffrir l'adolescent : être pris dans les rets de l'emprise et du désir de l'adulte.

Jean Guillaumin (1923-2017) : professeur de psychologie clinique à l'université Lyon 2, psychologue clinicien et psychanalyste. Il a notamment développé un certain nombre de réflexions concernant la psyché adolescente et les particularités épistémologiques de la psychanalyse.

Pot au noir : zone météorologique très instable et imprévisible, appelée également zone de convergence intertropicale, située près l'Équateur.

Le contact au réel que recherche l'adolescent est d'autant plus délicat qu'il se situe souvent dans un refus catégorique de fausses solutions et de compromis aussi bien avec lui-même qu'avec le monde qui l'entoure. Raison pour laquelle toute solution qui lui serait proposée – ce qui pourrait être tentant tant sa souffrance est parfois intense – risquerait d'être prise d'emblée dans ce refus du compromis associé à une quête effrénée de vérité.

Ainsi, l'adolescent se trouve-t-il en difficulté de ne savoir comment accéder à lui-même et il en devient par conséquent difficile d'accès pour les autres. Il arrive fréquemment qu'un adolescent se présente en entretien sans la capacité à entrer en relation avec autrui. Il est alors pris dans un mouvement paradoxal d'appel à l'aide et de refus de toute aide potentielle, ce qui donne lieu à un paradoxe que l'on peut énoncer ainsi : « plus j'ai besoin de toi et plus je souhaite que tu te tiennes à distance ; plus tu te tiens à distance et plus j'ai

besoin de toi ». Lorsque la relation devient trop intense, elle prend alors le risque d'être prise dans ce paradoxe qui émerge à la faveur d'un certain degré d'intimité psychique. L'adolescent a donc parfois besoin, en particulier en suivi individuel, de pouvoir se dégager d'une relation qu'il pourrait considérer comme trop proximale.

SITUATION CLINIQUE : Un appel à l'aide masqué

Alice, 15 ans, est reçue en entretien pour une situation de décrochage scolaire. Elle tutoie d'emblée le psychologue et lui pose des questions personnelles, semblant chercher à briser le caractère asymétrique de la relation thérapeutique pouvant lui paraître trop menaçant. Peut-être pour la même raison se refusera-t-elle, durant les premiers entretiens, à s'asseoir dans le fauteuil, préférant se saisir de quelques feuilles de dessin et déambuler dans le bureau, finissant par se réfugier contre la chaleur rassurante d'un radiateur. Après quelques entretiens lors desquels Alice semble afficher un mélange de familiarité et de désinvolture, elle rédige un long courrier qu'elle tend au psychologue en début de séance et dans lequel elle décrit une souffrance très profonde et un véritable appel au secours. Le fait de proposer une grande souplesse dans le cadre permet ainsi à l'adolescent de progressivement se l'approprier et de se dévoiler dans un espace jugé suffisamment contenant, malgré ce qui pourrait apparaître de prime abord comme une attitude désinvolte et désintéressée.

Les éléments du cadre sont essentiels de par leur caractère **contenant** car ils aident l'adolescent à élaborer les parts les plus archaïques de sa personnalité qui viennent s'y loger[►]. La contenance du dispositif aura également une fonction de « restauration » en écho de la **fragilité narcissique** adolescente. Cette contenance se doit d'être suffisamment sécurisante pour lui permettre d'explorer son expérience interne par le biais des processus de régression. Les conditions sont alors réunies pour que puisse se produire un **travail de métamorphose** mettant en scène « l'adolescent papillon ». Il convient ainsi d'accompagner cette transformation sans chercher à trop la contraindre ou la modeler. On ne demande pas à une chenille de voler, on l'aide à se protéger dans l'espace rassurant du cocon. Ainsi, de la même manière que la chenille a besoin de passer par une étape de désorganisation de sa structure moléculaire, l'adolescent doit pouvoir suffisamment régresser à certaines étapes de son développement pour organiser la cohérence globale de son être adulte en devenir. Cette métamorphose adolescente passe fréquemment par une étape d'effondrement qui sera ressentie de manière intense dans le

transfert. Le clinicien devrait être en mesure de « survivre » aux attaques et au dénigrement qui peuvent émerger au cours de la prise en charge, dont la **dimension bifocale** sera un moyen de tempérer les effets, en particulier en milieu institutionnel.

► Cf. [Chapitre 7](#).

Dimension bifocale : approche dans laquelle deux soignants interviennent en parallèle dans une prise en charge. Par exemple, un médecin et un psychologue ou un éducateur et un psychologue.

Le dispositif dédié à l'adolescent se doit également d'offrir une certaine latitude pour l'expression de mouvements de **régression** et d'**agressivité** afin d'éviter que ne se produise un possible retournement de l'agressivité de l'adolescent contre lui-même. Il est en effet fréquent de rencontrer des adolescents repliés sur eux-mêmes face à des réactions inappropriées de l'environnement parental, celui-ci ne comprenant pas les raisons pour lesquelles cet enfant pourtant si adorable auparavant devient soudainement désagréable et inaccessible. Certains parents ne sachant comment réagir tentent alors des logiques de rétorsion (un père qui demande à son fils d'écrire des centaines de lignes dès lors qu'il devient « insolent ») ou à l'inverse un rapprochement intrusif (une mère qui passe de longues heures auprès de sa fille jusqu'à tard dans la nuit, en attendant que celle-ci lui « livre tout » et lui dise « tout ce qui ne va pas »).

Les assises narcissiques des parents sont elles-mêmes mises à rude épreuve durant cette période et leurs propres inquiétudes se trouvent ici catalysées : « Suis-je et ai-je été un bon parent ? Qu'ai-je donc raté dans l'éducation de mon enfant pour en arriver là ? ». La transformation adolescente est, de ce point de vue, une transformation à l'intersection des psychés adolescentes et parentales, dans un processus de deuil de la position et de l'être de chacun avant la crise pubertaire. L'adolescent recherche en particulier à tester la **solidité du cadre familial**, et il est bien souvent dramatique pour lui que le couple parental, déjà fragilisé pour d'autres raisons, ne résiste pas à la flambée adolescente. La capacité des parents et des soignants à éprouver une forme de **haine dans le contre-transfert**, comme l'a souvent souligné Winnicott, est par conséquent essentielle pour permettre que ces mouvements agressifs puissent être en retour éprouvés et transformés par l'adolescent.

Quelques préconisations et conseils sur le cadre éducatif, réfléchis en fonction de leur portée symbolique, favorisent parfois de réels progrès sur le

plan psychothérapique. Il s'agit en particulier de limiter les empiétements réciproques, conséquences manifestes des logiques latentes et **incestuelles** qui travaillent la psyché de l'adolescent et de ses parents. Dans les cas les plus extrêmes, il paraît parfois nécessaire de « séparer les combattants » tant la conflictualité est intense. Seule une période de séparation ouvrira la voie à une élaboration potentielle. L'internat permettra alors parfois une accalmie nécessaire face à une situation devenue ingérable et dont la complexité est peu propice aux processus de symbolisation. Il arrive ainsi fréquemment que le seul moyen trouvé par certains adolescents pour éviter la séparation psychique soit de développer une érotisation du rapport conflictuel à ses parents, dont le bénéfice secondaire est un intérêt quasi exclusif qui lui est porté et que l'on pourrait résumer ainsi : « À défaut de pouvoir demeurer le petit enfant que j'étais et d'avoir toute ton attention, je préfère troquer ton amour contre ta haine si celle-ci me permet de garder un lien intime avec toi ».

► Cf. [ici](#) concernant la différence entre l'incestuel et l'incestueux.

SITUATION CLINIQUE : L'internat

Kevin, 12 ans, se présente avec sa mère lors d'un premier entretien pour des troubles du comportement aussi bien au collège qu'au domicile familial. Le psychologue est frappé par les cheveux de sa mère, d'un rouge flamboyant. Le père est relativement absent et semble incapable de faire tiers entre cette mère et son fils. Les altercations sont de plus en plus fortes entre la mère et le fils qui sont proches d'en venir aux mains à plusieurs reprises. Les entretiens mettront en évidence la très grande ambivalence de Kevin qui, derrière un discours manifeste consistant à rejeter sa mère, semble également aux prises avec de profonds mouvements œdipiens. La solution intermédiaire qu'il semblait avoir trouvée consistait donc à « troquer » une forme d'intérêt pour sa mère en une opposition brutale. C'est finalement la solution d'un internat qui sera trouvée après quelques mois de prise en charge, la distance physique permettant parfois dans ce type de situation de tempérer la proximité psychique.

Régression et **passage à l'acte** sont ainsi deux polarités essentielles à prendre en compte dans le cadre de la prise en charge des adolescents. Ceux-ci viendront à s'actualiser par le biais des différents langages dont il faut savoir reconnaître la spécificité, en particulier le **langage de l'acte** qui est prédominant dans les modes de symbolisation de l'adolescent. Il s'agit alors d'accompagner et de transformer le passage à l'acte en **passage par l'acte**

(Roussillon, 1991). Jean Guillaumin (1985) a également souligné **l'appétence traumatophilique** de l'adolescent. L'adolescent recherche ainsi une sorte de « choc » avec le réel ayant valeur d'organisateur : « Il s'agit de se débarrasser d'une vieille peau devenue gênante et morte, cela au prix d'un certain effort et d'un minimum de violence ». L'élaboration des éléments archaïques et originaires de la personnalité de l'adolescent nécessite ainsi le recours à l'acte, au corporel et à la réalité externe. L'expression de la destructivité sera alors essentielle dans l'appropriation subjective adolescente qui n'est pas sans évoquer à nouveau les mouvements de **destructivité** de la petite enfance. Cette importance de la rencontre avec l'objet implique une attention particulière à l'utilisation des médiations auprès de l'adolescent lorsque l'associativité verbale semble insuffisante, aussi bien lors d'un suivi individuel que dans le cadre d'un dispositif groupal, par exemple le psychodrame ou le photolangage qui seront bien souvent une excellente indication ▶.

► Cf. [Chapitre 9](#).

4.3 L'entretien clinique avec l'adulte

L'entretien clinique avec l'adulte confronte à de multiples expressions psychopathologiques. Il pourra s'agir de troubles névrotiques, psychotiques, de l'humeur, des conduites alimentaires, de nature psychosomatique, attaques de paniques, addictions, situations de *burn out*, de harcèlement, etc. Les lieux où pourra se dérouler l'entretien avec le patient adulte seront également très variés, qu'il s'agisse de l'hôpital psychiatrique ou l'hôpital général, de différents lieux de vie et structures médico-sociales, de la prison ou des lieux dédiés à la consultation (centre médico-psychologique, cabinet libéral, clinique privée, etc.) (Chouvier & Attigui, 2012). Chacun de ces lieux aura potentiellement un impact sur la manière dont l'entretien se déroulera.

En comparaison de la clinique de l'enfant et de l'adolescent, les troubles de l'adulte sont souvent plus installés et chroniques. La gravité des situations, en particulier le risque suicidaire, participe également d'une certaine « lourdeur » de la clinique auprès des patients adultes. Les progrès thérapeutiques sont souvent plus longs et difficiles. Par ailleurs, les effets d'« écho » sont plus fréquents avec la vie personnelle du clinicien s'agissant d'un échange d'adulte à adulte.

SITUATION CLINIQUE : Solitude et troubles bipolaires

Éliane a 58 ans. Elle est suivie sur le secteur depuis plus de vingt ans. Petite femme énergique, elle étonne le psychologue par le fait qu'elle se présente le teint particulièrement hâlé lors du premier entretien. Celui-ci apprend qu'Éliane passe beaucoup de temps sur son balcon en quête du moindre rayon de soleil. Elle donne ainsi le sentiment qu'elle est comme une plante qui aurait constamment besoin de l'énergie solaire. Cette observation prend tout son sens compte tenu du fait qu'Éliane souffre de troubles bipolaires. Séparée de son mari notamment suite au développement de ses troubles de l'humeur, son fils est parti suivre ses études dans une autre ville. Éliane – comme de nombreux patients suivis en CMP – souffre d'une profonde solitude, elle qui aime tant le contact avec autrui. Des entretiens hebdomadaires deviennent pour elle un point de repère. L'objectif d'un tel suivi ne sera pas la guérison des troubles, installés depuis fort longtemps, mais l'accompagnement de cette patiente dans un espace d'élaboration et de rencontre authentique. Un tel espace pourra avoir une fonction de prévention face à des rechutes dépressives, l'aidant à mieux percevoir et anticiper ses possibles changements d'humeur et leurs conséquences. Il pourra également être un lieu d'étayage lors d'un nouvel épisode de ce type. Les hospitalisations pour des épisodes dépressifs ou maniaques diminueront d'ailleurs, la prise en charge semblant offrir à Éliane un étayage rassurant.

Le travail autour de la **demande** est souvent essentiel en clinique de l'adulte et cela, dès la première consultation. Celle-ci semble d'emblée plus « incarnée », comparée à celle de l'enfant ou de l'adolescent, qui arrivent généralement à la première consultation portés par la demande de leurs parents. À noter à ce propos certaines demandes particulières comme les **injonctions thérapeutiques de soin** ou **l'hospitalisation sans consentement** pour lesquelles le sujet est contraint à entamer un suivi thérapeutique.

Injonction thérapeutique de soin : mesure ordonnée par un magistrat dans le cadre d'une procédure pénale qui nécessite que la personne engage un suivi psychothérapique.

Hospitalisation sans consentement : procédure, à la demande d'un tiers ou d'office, qui s'applique quand une personne nécessite des soins immédiats et une surveillance en milieu hospitalier du fait de troubles mentaux graves, mais qu'elle-même refuse ces soins et ne souhaite pas être hospitalisée. Son état la rendant dangereuse pour elle-même ou pour autrui. Une procédure très encadrée par la loi, pour éviter tout internement abusif, est alors mise en œuvre.

Dans tous les cas, il convient toujours, comme nous l'avons déjà souligné, de s'interroger à propos de l'écart potentiel entre la **demande manifeste** (ce que le patient dit explicitement concernant sa venue en consultation) et la **demande latente** (ce que le patient en dit implicitement). Les premiers entretiens cliniques partent donc d'un travail centré sur la demande initiale. Nous pourrions considérer de ce point de vue la demande comme une forme

de problème mathématique. Lorsque celui-ci est mal posé, sa résolution sera délicate, voire impossible.

Posture et imposture

Pour François Roustang (2003a), le patient n'est pas tant un malade qu'un maladroit. Roustang souligne ainsi comment nombre de patients se présentent avec une posture inadéquate dans leur vie, une im-posture, dont on retrouve parfois la trace dans leur posture physique. Cette position inconfortable conduit souvent à une demande qui semble inappropriée, à l'image d'une personne qui ne serait pas dans la bonne position et qui demanderait à être accompagnée dans l'acceptation d'un certain déséquilibre. Aider le patient à se remettre dans la bonne posture est souvent associé, sur le plan métaphorique, à ce travail autour de la demande.

► Cf. [Chapitre 9](#).

SITUATION CLINIQUE : L'injonction de soin et la demande

Samuel, 35 ans, est ingénieur et père de deux petites filles. Il rentre parfois dans de grandes colères qu'il peine à contrôler. À l'occasion de l'une d'elles, il s'en est pris physiquement à son épouse. Celle-ci, en désespoir de cause et face à la répétition des violences conjugales, a fini par porter plainte et la procédure a conduit Samuel à une injonction de soin. Lorsqu'il est reçu en Centre Médico-Psychologique, il semble souhaiter mettre un terme à ces comportements mais reste ambivalent à l'égard de cette démarche qu'il ne souhaitait pas spontanément. Après quelques mois de suivi, Samuel traversera une période très douloureuse marquée par de profondes pensées suicidaires. Émergera néanmoins progressivement une véritable demande chez ce patient qui parviendra, non sans difficulté, à mettre des mots sur cette violence, ce qui l'aidera à développer différentes stratégies pour parvenir à la contenir et faire des liens entre ses comportements et son histoire personnelle.

La conduite de l'entretien clinique à proprement parler sera orientée par des principes déjà évoqués : reprise claire du cadre, alliance thérapeutique, neutralité bienveillante, attention flottante sont autant d'ingrédients de base du positionnement clinique aidant le patient à se sentir en confiance et en sécurité. Le clinicien devra être attentif au **fil associatif** du patient : lapsus, actes manqués, expressions étranges, blancs de la pensée. Ces éléments seront autant d'indicateurs de ce qui se situe les situations de **deuil** et de **conflit**, permettront de mieux comprendre la nature des difficultés du patient et d'évaluer au fil du temps ses capacités d'élaboration en entretien.

Sur le plan psychopathologique, l'entretien clinique avec l'adulte sera

également l'occasion d'apprécier plusieurs éléments de son fonctionnement psychique et leur évolution tout au long du suivi ▶ :

▶ Cf. Chapitres 6 et 8 pour plus de détails concernant ces différents éléments.

- les **symptômes** (quelle est l'expression symptomatique du patient ?),
- les **angoisses** (quelle est la nature prédominante de ses angoisses ?),
- les **mécanismes de défense** (comment se défend-il face à sa souffrance et ses angoisses ?),
- les **inhibitions** (en quoi est-il empêché de faire certaines choses ?).

Sur le plan psychothérapique, plusieurs indicateurs pourront également être utilisés pour évaluer les capacités de **transformation psychique** du patient en cours de l'entretien :

Transformation : cette notion provient en particulier des travaux de Bion. Celui-ci considère un certain nombre de pathologies mentales comme le fruit d'un arrêt du processus de transformation de la matière psychique.

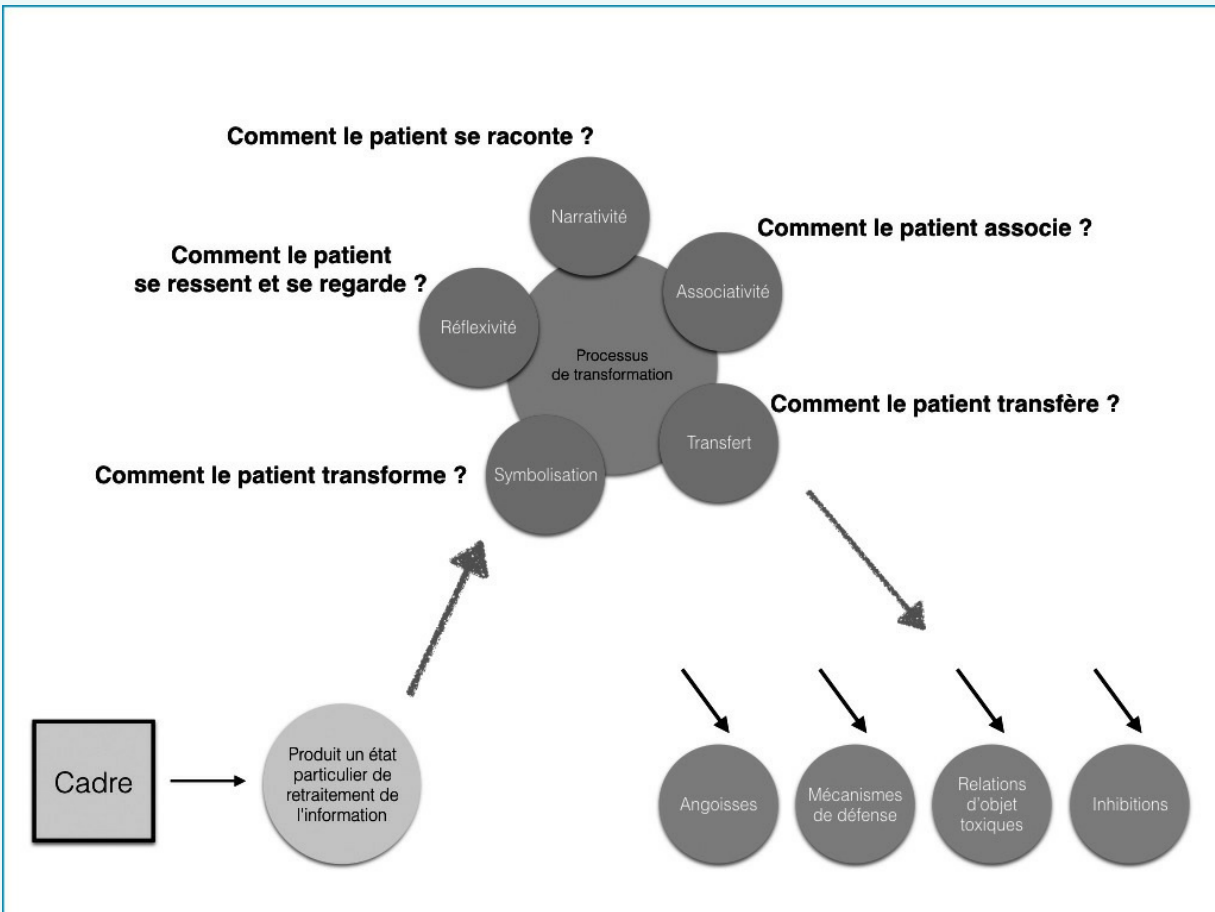
- L'**associativité** : la manière dont le patient parvient, avec plus ou moins de fluidité, à passer d'une idée à une autre librement et sans contrôle. Habituellement, plus la personne parvient facilement à se laisser surprendre par ce qu'elle peut dire spontanément, meilleures sont ses capacités de transformation psychique.
- Le **transfert** : la manière dont le patient transfère sa dynamique psychique sur le clinicien et le cadre thérapeutique. Il s'agit d'être attentif à la façon dont le sujet parvient à jouer avec le transfert, à le repérer et à s'en extraire. Lorsqu'il parvient à porter un regard réflexif sur la relation transférentielle initiale, cela signe généralement une évolution favorable.
- La **symbolisation** : la manière dont le patient parvient à transformer son expérience à différents niveaux, que ce soit sur un plan archaïque (symbolisation primaire) ou langagier (symbolisation secondaire). Ce travail de symbolisation passe notamment par une évaluation de la capacité à rêver et à jouer avec son expérience ▶.

▶ Cf. [Chapitre 9](#).

- La **réflexivité** : la manière dont le patient parvient à se ressaisir de son expérience interne qui passe par le reflet de soi. Certains souffrent ainsi d'un défaut de réflexivité, le sujet n'étant pas en mesure de se « re-sentir », de se « re-regarder » parce qu'il a été « mal-entendu ». Ce travail de reflet de soi à soi

est issu d'un reflet de soi par l'autre dont la relance est rendue possible par l'intersubjectivité thérapeutique.

- La **narrativité** : elle est une forme plus élaborée de réflexivité qui concerne la manière dont le patient parvient à raconter et se raconter une histoire qui fasse sens pour lui. Certains sujets semblent bloqués dans ce processus. Dès lors, leur histoire n'a plus de sens, elle devient insensée et n'organise plus le processus de subjectivation.



Ce schéma propose un modèle de représentation du travail en entretien psychothérapique d'orientation psychodynamique. À partir d'un cadre pensé de manière cohérente, le patient sera amené à se trouver dans un processus de transformation psychique (passant par un « re-traitement » de l'information spécifique si l'on se place du point de vue des sciences cognitives). On peut alors évaluer ses capacités de transformation selon les cinq registres que nous venons de présenter : associativité, transfert, symbolisation, réflexivité et narrativité. L'objectif sera ainsi, progressivement, de diminuer, les angoisses, les mécanismes de défense, les relations d'objet toxiques et les inhibitions.

SITUATION CLINIQUE : Les troubles obsessionnels

compulsifs

Eliot a 41 ans et souffre de troubles obsessionnels compulsifs (TOC) sévères depuis de nombreuses années. Il est suivi à la fois en Centre Médico-Psychologique et en hôpital de jour, structure au sein de laquelle il participe consciencieusement à différentes activités depuis fort longtemps sans progrès véritable. Du fait de la gravité de ses TOC, Eliot ne parvient pas à travailler et reçoit chaque mois une allocation pour personne souffrant de handicap. Son enfance fut difficile, marquée par une mère très obsessionnelle elle-même, la famille évoluant au sein d'une secte. Eliot arriva finalement à s'extraire de cet environnement toxique au début de l'âge adulte, mais il subira les foudres de sa famille suite à une procédure d'exclusion de la secte.

Les premiers entretiens mettent en évidence un homme d'une grande intelligence qui souffre néanmoins d'une forte tendance à la **procrastination**. Quelle que soit l'activité, Eliot remet tout au lendemain. Ses traits obsessionnels l'obligent en effet à réaliser toutes ses activités d'une manière extrêmement précise, le conduisant du même coup à ne pas parvenir à commencer un certain nombre d'entre elles. Le suivi d'Eliot se centrera tout d'abord sur cette tendance à la procrastination à partir d'outils TCC.

Procrastination : tendance à remettre au lendemain l'exécution de certaines tâches et la prise de décision.

Parallèlement à ce travail, un questionnement concernant le sens de sa vie, qui semble ne plus en avoir véritablement depuis qu'il a quitté la secte, sera mis en avant par Eliot chez qui un très grand sentiment de solitude est omniprésent. L'intelligence d'Eliot et sa (parfois trop) grande rigueur le conduisent à rédiger des articles pour des sites Internet portant sur différents domaines scientifiques. Émerge ainsi progressivement un désir, celui de reprendre des études, alors qu'il avait dû mettre un terme à celles-ci, la fin du monde ne devant pas tarder d'après la secte au sein de laquelle il évoluait. Après une inscription à l'université pour des cours à distance, Eliot parviendra ainsi progressivement à dépasser ses troubles obsessionnels et ses logiques de procrastination, obtenant même une licence. Cette réussite contrastera fortement avec le fait qu'en atelier, à l'hôpital de jour, ce patient pouvait parfois se présenter sous un jour très régressé. Cette situation clinique montre que, quoique souffrant de troubles sévères et grâce à la conjonction de différentes approches, une évolution favorable aura été possible, redonnant un sens à la vie de ce patient.

Il s'agira de soutenir les processus de transformation psychique du patient en fonction de ces différents registres d'élaboration. Il existe de ce point de vue un véritable **art de l'entretien clinique** dont la finalité est d'accompagner le patient dans sa rencontre avec des parties de lui non élaborées qui l'entraînent parfois sur un versant psychopathologique.

La conduite de l'entretien clinique auprès de l'adulte variera également en fonction du **référentiel théorique et psychothérapique**. Dans l'approche psychanalytique, le gradient d'interaction avec le patient est souvent caractérisé par la non-directivité, mais il peut arriver que d'autres approches

impliquent des formes d'intervention plus marquées. La conduite de l'entretien clinique devient dès lors plus délicate, ce qui nécessite déjà une certaine maîtrise des constituants de base évoqués plus haut. Le risque serait ici de chercher trop rapidement des méthodes ou des techniques sans avoir au préalable analysé la **dynamique psychique du patient**. En effet, l'utilisation de méthodes plus structurées peut avoir un caractère technique et rassurant (réaliser A, puis B, puis C) qui ne doit pas masquer le fait que le fonctionnement psychique est non linéaire[►].

► Cf. [Chapitre 4](#).

Il existe néanmoins de nombreux outils complémentaires qui pourront être utilisés avec le patient et qui orienteront la conduite de l'entretien clinique dont voici quelques exemples parmi tant d'autres[►] :

► Cf. Sur les particularités des différentes approches psychothérapeutiques, plus de détails en [Chapitre 9](#).

- dans le cadre d'une **approche TCC**, le clinicien sera amené à utiliser certains outils qui le conduiront à être plus directif, proposant par exemple à son patient de réaliser des exercices (évaluation précise de certains comportements, exercices de respiration et relaxation, etc.) ;
- selon une approche **systémique**, l'exercice de la chaise vide, le travail en co-thérapie ou encore la rédaction d'un génogramme seront utiles ;
- **L'hypnose** ou **l'EMDR** utiliseront les états modifiés de conscience en vue de produire du changement. Dans l'hypnose, le clinicien utilisera la parole initialement dans le but de produire un état hypnotique tandis que l'EMDR visera de manière plus spécifique la prise en charge des épisodes traumatiques ;
- dans **l'approche humaniste** et plus précisément la Gestalt, le clinicien portera davantage son intérêt sur le registre non verbal et n'hésitera pas à confronter le patient à certaines incohérences entre ses discours et ses actes.

À RETENIR

■ L'entretien clinique se déroule au sein d'un cadre spécifique. Celui-ci désigne l'ensemble des conditions de rencontre avec le patient et concerne aussi bien **le lieu où est mené l'entretien**, les **conditions de déroulement** de l'entretien que le **cadre interne** du clinicien. Le cadre est donc composé de plusieurs enveloppes : **cadre anthropologique**, **méta-cadre**, **cadre interne**.

- L'entretien clinique est associé à une certaine **posture clinique** à la rencontre de **connaissances explicites** et **implicites**. Elle implique une forme d'humilité et de non-savoir. Plusieurs concepts aident à penser la clinique comme **l'alliance thérapeutique**, **la double écoute**, **la neutralité bienveillante** et **l'attention flottante**.
- Il existe **trois grandes catégories d'entretiens** qui varient en fonction du gradient d'intervention du clinicien : **directif**, **semi-directif** et **non-directif**. Différentes formes d'interventions sont possibles lors de l'entretien : **entame**, **ponctuation**, **relance**, **interprétation** et **construction** ainsi que le maniement du **silence**.
- Le cadre et le déroulement de l'entretien clinique pourront varier en fonction de la **population rencontrée**. Chez l'enfant, une place importante sera donnée à la **dynamique de groupe** et à l'usage des **médiations**. Chez l'adolescent, l'entretien se transformera davantage en **dialogue** et tiendra compte de l'ensemble des **processus pubertaires**. Chez l'adulte, on sera particulièrement attentif au déploiement de la **demande**, aux éléments **psychopathologiques** et aux **capacités de transformation psychique** du sujet.

NOTIONS CLÉS

- Alliance thérapeutique et moments de rencontre
- Cadre et méta-cadre
- Demande manifeste et demande latente
- Médium malléable
- Neutralité bienveillante et attention flottante
- Passage par l'acte
- Pubertaire
- Squiggle

POUR ALLER PLUS LOIN

CHOUVIER B., ATTIGUI P. (2012), *L'entretien clinique*, Paris, Armand Colin.

DOUVILLE O., JACOBI B. (2008), *10 entretiens cliniques en psychologie clinique de l'adulte*, Paris, Dunod.

WINNICOTT D. W. (1971), *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard, 1975.

ENTRAÎNEMENT

QUIZZ

1. Quels sont les différents types de cadres ?
2. De quelle position le clinicien doit-il se méfier selon Lacan ?
3. Quelles sont les trois caractéristiques de l'alliance thérapeutique selon Rogers ?
4. Quels sont les trois grands types d'entretiens ?
5. Quel auteur insiste sur l'importance de l'état de rêverie en entretien à la suite de Freud ?
6. Winnicott distingue le Play et le... ?
7. Quel auteur parle du pubertaire ?
8. En quoi consiste la double alliance dans la prise en charge de l'adolescent ?
9. Chez l'adulte, sur le plan psychopathologique, on étudie : symptômes / angoisses / / ?
10. Dans quelle approche est souvent utilisée la méthode de la chaise vide ?

Exercices

- Reprenez un ou plusieurs entretiens cliniques provenant de l'ouvrage de Bernard Chouvier et Patricia Attigui, *L'entretien clinique* (2015) en proposant une analyse des interactions entre le patient et le clinicien à partir des notions abordées dans ce chapitre.
- Pour avoir un aperçu d'entretiens cliniques menés selon plusieurs approches psychothérapeutiques, consultez sur Youtube les vidéos de Rogers, Perls et Ellis avec la patiente Gloria.



Qu'allons-nous étudier dans ce chapitre ?

- L'étude de cas permet de synthétiser les éléments collectés par le biais de l'observation et de l'entretien clinique. Elle représente ainsi un outil essentiel de synthèse et de reprise après-coup des éléments les plus significatifs de la vie psychique du sujet.
- Après avoir décrit ses grands principes, nous présenterons les différentes parties qui la composent : anamnèse, symptomatologie et diagnostic, analyse transférentielle, analyse structurale, analyse processuelle et perspectives thérapeutiques.

CHAPITRE 6 L'étude de cas

PLAN DU CHAPITRE

- [1. Principes de l'étude de cas](#)
- [2. Anamnèse, symptomatologie et diagnostic](#)
- [3. Analyse transférentielle](#)
- [4. Analyse structurale et analyse processuelle](#)

1. Principes de l'étude de cas

1.1 Qu'est-ce qu'une étude de cas ?

Un fait clinique seul n'existe pas. Il émerge toujours au sein d'un discours, d'une **trame théorique**, d'une construction qui vient lui donner son sens. De ce point de vue, l'étude de cas est déjà une forme de choix dans la manière d'organiser le matériel clinique recueilli selon une perspective donnée (Dumet & Ménéchal, 2004). Il existe aussi différentes manières d'effectuer et de rédiger ce type d'étude selon les disciplines et en fonction de l'orientation théorique du praticien, de sa sensibilité et de son lieu d'exercice. Il est néanmoins possible de dégager certains **points de repères** qui organisent habituellement sa rédaction au-delà de ces différences.

Un cas célèbre : Phineas Gage

Dans certains domaines comme la neuropsychologie, un cas clinique peut à lui seul apporter des informations décisives, comme l'illustre le célèbre cas de Phineas Gage (1823-1860). Ce contremaître des chemins de fer vivant aux États-Unis au XIX^e siècle avait eu le cerveau transpercé par une barre de fer, ce qui avait entraîné de profondes modifications au niveau de son caractère. Antonio Damasio (1994), dans *L'erreur de Descartes*, reprend ce cas pour illustrer l'importance du rôle du traitement des émotions par le biais du cortex préfrontal ventro-médian, soulignant ainsi la place primordiale des émotions dans le raisonnement humain. De la même manière, certains cas peuvent conduire à des avancées considérables dans le champ de la psychologie clinique.

L'étude de cas en psychologie clinique apparaît tout d'abord comme un moyen d'organiser le matériel clinique. De ce point de vue, elle est un travail de **synthèse** de l'ensemble des éléments dont dispose le clinicien (observation,

entretien, dossier, etc.).

Cette synthèse s'avère également être un outil formidable d'exploration de la subjectivité d'autrui. Elle permet de développer certaines hypothèses concernant le patient. Cette valeur heuristique aide à comprendre le fonctionnement de la personne dans sa totalité en tenant compte des logiques inhérentes à sa vie psychique. L'étude de cas accroît ainsi **l'intelligibilité** des faits psychiques en mettant en relation les différents éléments cliniques. Elle permet de reprendre le vécu du sujet afin de mieux saisir les **origines**, les **causes** et **l'expression de sa souffrance**. Elle se distingue des approches quantitatives dans la mesure où elle s'applique à rendre compte de la **dimension singulière** d'une personne. Le cas clinique témoigne ainsi de la rencontre dans et avec la clinique. Il s'éloigne d'un savoir global, désubjectivé et désincarné.

L'étude de cas est aussi un élément fondamental dans la production des savoirs en clinique, ce qui nécessite néanmoins de clarifier certains points sur le plan épistémologique : quelle valeur accorder à une étude de cas ? Peut-on généraliser les résultats obtenus par son intermédiaire ? Celle-ci n'est-elle pas trop teintée de subjectivité ? Dans le champ de la médecine, et selon l'approche fondée sur les preuves (**Evidence-Based Medicine**), l'étude de cas est souvent représentée comme le niveau de preuve le moins élevé. Des éléments plus probants proviendront d'études quantitatives à grande échelle, ainsi que d'analyses statistiques – les **méta-analyses** – qui combinent les résultats de ces études.

Evidence-Based Medicine : approche développée en médecine consistant en l'utilisation des meilleures données disponibles, en vue d'améliorer la prise en charge de chaque patient à partir de recherches systématiques.

Méta-analyses : analyse statistique qui consiste à combiner entre elles plusieurs études de manière à additionner leurs résultats. Il s'agit de l'un des niveaux de preuve les plus élevés pour tester une ou plusieurs hypothèses.

La psychologie clinique peut également se référer à l'approche quantitative qui s'avère utile pour tester certaines hypothèses. Mais il convient de garder à l'esprit les limites de ce type d'approches, comme en témoigne notamment la récente **crise de la reproductibilité**[►].

Celle-ci a mis en exergue le fait que les résultats quantitatifs sont loin d'être aussi fiables qu'on l'imagine parfois. La psychologie clinique ne saurait donc se réduire à cette forme de preuve car celle-ci limite ce qui est étudié

à l'observable. Le risque serait ici de mutiler la réalité clinique et de **confondre la carte et le territoire**.

► Cf. [Chapitre 9](#).

Débat : Les cas historiques sont-ils fiables ?

Des travaux historiques ont souligné, à juste titre, des écarts entre certains cas de Freud et des éléments biographiques retrouvés ultérieurement (Borch-Jacobsen, 2011). Quand de telles erreurs sont repérées, il est normal que celles-ci soient reconnues. En effet, une légende dorée de l'œuvre freudienne fut favorisée par certains de ses biographes. Cette dérive touche d'ailleurs la plupart des approches psychothérapeutiques (voir par exemple, dans l'approche comportementale, les écrits sur le petit Albert (Harris, 1979)). Néanmoins, il serait dommage de jeter le bébé avec l'eau du bain et il convient de garder à l'esprit qu'un cas clinique est toujours un travail de reconstruction. Sur le plan épistémologique, on ne peut traiter un cas clinique comme on aborde un fait expérimental. L'étude de cas est toujours teintée de subjectivité, ce qui peut expliquer en partie certains écarts avec la réalité. En particulier, il existe toujours un écart entre le vécu du clinicien et le vécu du patient. Ainsi, si le clinicien doit faire son possible pour rendre compte d'une manière honnête de ce qu'il perçoit de la réalité clinique, son travail ne sera qu'une forme de représentation parmi d'autres. En outre, si l'approche historique est légitime et utile pour corriger certaines erreurs ou approximations, il ne faudrait pas rater l'essentiel : la logique sous-jacente aux différents récits de cas. Celle-ci pourra être confirmée ou non par les cliniciens dans la rencontre avec leur propre expérience clinique.

Ainsi, l'étude de cas permet d'étudier des champs de **l'expérience subjective** auxquels les méthodes quantitatives n'ont pas ou peu accès. Elle est une méthode fondamentale des sciences de la subjectivité qui se situe entre le fait de comprendre et d'expliquer. Ainsi, dans certaines configurations cliniques, une étude de cas pourra s'avérer tout à fait utile pour accroître l'intelligibilité des processus psychiques, aidant à mieux comprendre, du point de vue de **l'intériorité**, une pathologie donnée.

Le lien entre étude de cas et recherche est essentiel en psychologie clinique psychanalytique car les théories développées dans ce champ le sont surtout à partir de cas cliniques. L'évolution des théories procède ainsi de la description et du partage de situations cliniques. De nouveaux cas permettent d'interroger et de préciser la théorie ou soutiennent l'élaboration d'un nouveau dispositif clinique. L'étude de cas apparaît ainsi comme le moteur de **l'élaboration théorique**.

Comprendre l'anorexie

Il sera possible d'étudier un certain nombre de paramètres de la personnalité ainsi que des facteurs

biologiques concernant la prédisposition au développement de l'anorexie. De nombreuses études ont ainsi été menées mettant en évidence certaines corrélations entre l'anorexie et différentes variables (par exemple : (Amianto, 2016)). Mais le fait de comprendre ce qui caractérise à proprement parler l'anorexie « de l'intérieur », c'est-à-dire ce que vit un patient ou une patiente anorexique, les logiques qui organisent sa subjectivité, est tout aussi fondamental dans la manière d'appréhender cette pathologie (Combe, 2009). Ces logiques ne seront accessibles que par le biais de méthodes qualitatives, à commencer par l'étude de cas.

L'étude de cas utilisée dans un cadre de recherche se distingue néanmoins par le fait qu'elle s'inscrit dans une **perspective théorique globale** qui implique habituellement une **revue de littérature**. En recherche, le croisement de plusieurs études de cas est également fréquent afin de souligner **la récurrence de certains processus**. Il s'agit ainsi de dégager ce qui, du ou des cas étudiés, est généralisable à d'autres situations cliniques du même ordre. L'objectif de l'étude de cas en contexte de recherche consiste donc à respecter le caractère singulier des données recueillies tout en parvenant à en extraire des éléments menant à une possible **généralisation**.

Revue de littérature : synthèse des connaissances concernant une thématique donnée.

Méthodologie : Le mémoire de recherche en quatrième année de psychologie

Lors de la rédaction du travail de recherche demandé en quatrième année, les étudiants en psychologie clinique peuvent être amenés à travailler à partir d'une ou plusieurs études de cas. Cette formation par la clinique permet d'apprendre à articuler théorie et clinique. L'étude de cas est alors utilisée pour son caractère à la fois singulier et généralisable. Il s'agira en effet de parvenir à mettre en évidence un certain type de processus psychique, particulièrement visible chez un patient, tout en l'articulant de manière plus globale à une catégorie donnée de processus. Comment par exemple s'articulent les liens entre schizophrénie et dépression ? À partir d'une ou plusieurs études de cas, on pourra tenter de comprendre comment ces deux éléments sont liés. Par exemple, certains patients schizophrènes, lorsqu'ils parviennent à intégrer et à se représenter la nature de leur trouble, traversent parfois un profond épisode dépressif.

L'étude de cas permet également une réflexion approfondie sur le plan diagnostic. Elle permet de faire des **hypothèses** concernant la **structure** et la **personnalité** du sujet en fonction de ses **mécanismes de défense**, ses **angoisses** et ses types de **relations d'objet** privilégiées⁷. Elle pourra être l'occasion de décrire une entité clinique nouvelle ou originale en détaillant les particularités d'un trouble du point de vue subjectif, s'avérant alors un outil

essentiel dans le champ de **l'expertise**.

► Cf. [Chapitre 8](#).

SITUATION CLINIQUE : Derrière le TOC

Vincent, âgé de 43 ans, a développé des troubles obsessionnels sous la forme d'un besoin compulsif d'avoir à vérifier si sa porte d'entrée ou le gaz sont bien fermés dans son appartement. Il réalise ainsi les mêmes actions plusieurs dizaines de fois par jour. Sur le plan de la structure du sujet, ces troubles pourront émerger au sein d'un tableau névrotique ou psychotique. L'étude de cas permettra d'affiner le diagnostic en repérant, par exemple, la nature des angoisses du sujet. Celle-ci sera un indicateur essentiel pour mieux comprendre la place qu'est venu prendre ce trouble dans l'ensemble de sa vie psychique.

Clinique des expériences exceptionnelles : une « sortie » hors du corps

Certaines **expériences exceptionnelles** ou **anomales** conduisent à des vécus étranges et inhabituels (Cardeña, Lynn, & Krippner, 2014 ; Evrard, 2014 ; Le Maléfan, 2014 ; Rabeyron, Chouvier, & Le Maléfan, 2010). Ceux-ci sont souvent difficiles à se représenter quand on ne les a pas vécus soi-même. L'utilisation de plusieurs études de cas permet alors de relever certaines récurrences dans ces vécus et de proposer des hypothèses concernant les processus psychiques qui sont à leur origine. Voici, par exemple, le récit d'une expérience de sortie hors du corps (Rabeyron & Caussié, 2015) par Emmanuel, un étudiant qui a vécu plusieurs expériences de ce type : « Je suis vraiment détendu et j'ai des fourmis sur tout mon corps. J'ai un effet d'engourdissement. J'essaie de ne penser à rien. Je commence à entendre mes oreilles qui bourdonnent durant deux minutes. Mes yeux commencent à bouger seuls, ils montent, c'est comme s'ils se révulsaient.

J'ai l'œil qui tremble. J'ai l'impression de commencer à m'élever, de façon oblique. C'est une sensation agréable. J'ai le sentiment que je m'élève et que je sors de mon corps. J'ai une sensation toute bizarre... comme une bulle de savon qui éclate, mais de façon globale. C'est presque imperceptible. C'est comme un bruit que je ressens dans mon corps. J'ai une sensation de légèreté, de liberté, une impression que tout va bien. Je me rends compte que je suis sorti de mon corps. Je vois la pièce alors que j'ai les yeux fermés, d'un peu plus haut, et je vois ma tête qui dépasse des couvertures. Ma vision est plus claire, plus large, elle est panoramique, comme à 360°. Il fait plus clair, tout est plus lumineux. J'ai également quelque chose de légèrement opaque et jaune devant les yeux, c'est comme si on mettait des lunettes. Je vois le clic-clac et je vois ma forme, ça fait bizarre. C'est comme si c'était quelqu'un d'autre, ce n'est pas comme le matin quand on se voit dans la glace. C'est comme quand on entend sa voix sur un répondeur et qu'on se dit : Ah, je ressemble à ça ! »

L'étude de cas possède également un grand intérêt sur le plan pédagogique car elle permet d'illustrer certains points théoriques. Partagée dans un groupe de supervision, elle aide également à relancer la réflexion. Elle permet aussi le dialogue entre les différentes générations de cliniciens, un même cas pouvant être retravaillé selon des perspectives complémentaires – différents **vertex** – en fonction de plusieurs repères théoriques. Certains cas dits *princeps* ont ainsi fait date dans la tradition clinique et psychanalytique, en particulier certaines **monographies**. Ces cas aident à mettre en exergue un processus psychique ou une méthode thérapeutique nouvelle. Ils peuvent être réinterprétés d'une génération à une autre comme l'illustrent ces trois cas devenus célèbres : Anna O., Dora et Aimée.

Monographie : une étude détaillée et entière d'un cas clinique.

SITUATIONS CLINIQUES : Trois cas célèbres

Anna O. et les origines de la *talking cure*

Anna O. est une patiente décrite par Freud et Breuer dans *Les études sur l'hystérie* (1895). Breuer la prendra en charge de 1880 à 1882. Anna développe après le décès de son père des hallucinations ainsi que des troubles

corporels, de la vision et du langage (elle ne parvient plus à parler sa langue maternelle, l'allemand). Breuer utilise initialement l'hypnose avec elle et développe progressivement la *talking cure*, ce qu'Anna appelle le « ramonage de cheminée ». Sous hypnose, elle décrit certains symptômes traumatiques et cette expression cathartique produit un soulagement de ceux-ci. Par exemple, Anna était hydrophobe et après avoir raconté un souvenir dans lequel un petit chien appartenant à sa dame de compagnie avait bu dans un verre d'eau, son hydrophobie disparut.

Anna O. est considérée comme l'un des cas princeps de la psychanalyse et de l'approche clinique de manière plus générale, dans la mesure où elle illustre le passage de l'hypnose à l'utilisation de la cure par la parole dans le champ de la psychothérapie.

Dora : refoulement, transfert et complexe d'Œdipe

Dora, de son vrai nom Ida Bauer, est un cas publié par Freud dans *Cinq Psychanalyses* sous le titre *Fragment d'une analyse d'hystérie*. Freud utilise ce cas pour illustrer un mécanisme de défense en particulier : le **refoulement**. Dora présente différents symptômes à 18 ans : toux, migraines, aphonies et troubles de l'humeur. Lorsqu'elle est prise en charge par Freud, qui avait déjà suivi son père, elle raconte une scène traumatique dans laquelle un ami de son père a tenté de la séduire. Freud décrit l'expression symptomatique de sa patiente au sein d'un système familial pathogène. En effet, le père de Dora entretient une relation adultérine avec une femme (Madame K.) dont l'époux (Monsieur K.) n'est autre que l'homme qui a fait des avances à Dora lors d'une promenade autour d'un lac. Cette scène de séduction sera d'autant plus traumatique que l'entourage familial de Dora

ne voudra pas la croire.

À partir de l'analyse des rêves de sa patiente, Freud montre comment cet événement est devenu traumatique à la rencontre des désirs œdipiens inconscients de Dora. Il fait en effet l'hypothèse que ces désirs refoulés ont produit plusieurs conflits psychiques à l'origine des symptômes hystériques. La prise en charge sera courte, seulement trois mois, car Freud n'avait à cette époque qu'une théorie très limitée du **transfert**. Il ne saisit donc pas que Dora projette sur lui une agressivité relative à son père et Monsieur K. Outre la mise en évidence du refoulement, ce cas a également pour intérêt d'illustrer une utilisation originale de **l'association libre** et de **l'étude des rêves** en psychothérapie.

Aimée : psychose paranoïaque et passage à l'acte

Aimée, de son vrai nom Marguerite Pantaine, est une patiente qui fut suivie par Jacques Lacan et qu'il décrit dans sa thèse de médecine intitulée *De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité*. Il l'a rencontrée alors qu'il était interne à l'hôpital Sainte-Anne tandis qu'Aimée, âgée de 38 ans, avait tenté de poignarder l'actrice Huguette Duflos le 18 avril 1931. Voilà comme Lacan décrit les délires d'Aimée : « le délire qu'a présenté la malade Aimée présente la gamme, presque au complet, des thèmes paranoïaques. Thèmes de persécution et thèmes de grandeur s'y combinent étroitement. Les premiers s'expriment en idées de jalousie, de préjudice, en interprétations délirantes typiques. [...] Quant aux thèmes de grandeur, ils se traduisent en rêve d'évasion vers une vie meilleure, en intuition vague d'avoir à remplir une grande mission sociale, en idéalisme réformateur, enfin en une érotomanie systématisée sur un personnage royal. »

Lacan s'appuiera sur les écrits d'Aimée pour dégager une analyse psychanalytique de la psychose paranoïaque qui était auparavant considérée comme un trouble de nature purement organique. Il essaiera de montrer de manière détaillée les logiques familiales et inconscientes qui ont conduit Aimée à ce passage à l'acte. Il en propose ainsi une lecture très originale en rapport de l'approche psychiatrique de l'époque.

Enfin, l'étude de cas est un outil de réflexion pour le clinicien dans sa propre pratique. Rédiger un cas clinique permet de reprendre dans **l'après-coup** la logique du suivi. Dans ce travail de rédaction, de réflexion puis de reprise, s'opèrent des processus de transformation psychique qui produisent en écho des effets chez le patient. La **médiation par l'écriture** relance en effet le processus de symbolisation et le travail psychothérapique. De ce point de vue, l'étude de cas est un **support d'élaboration** pour la pratique qui permet également de garder une trace du travail effectué avec un patient. Elle permet de décrire l'évolution du suivi et le type de prise en charge mise place. Les difficultés rencontrées et les solutions trouvées seront aussi présentées, partageant ainsi la représentation du processus.

1.2 La réalisation d'une étude de cas

La réalisation d'une étude de cas est un exercice complexe qui fait appel à des compétences variées. Outre le fait d'obtenir le matériel clinique lui-même (par l'observation et l'entretien), elle implique des **connaissances diagnostiques**, une grande rigueur dans le **raisonnement clinique** ainsi que des **qualités rédactionnelles**. Nous allons présenter les principales catégories qui la composent ainsi que certains indicateurs qui permettent d'en avoir une première représentation.

La nature, la longueur et la précision du matériel présenté dans une étude de cas peuvent s'avérer très variables : premier entretien, suivi court, suivi long, prise en charge sur plusieurs années. Certaines études de cas peuvent également porter sur du matériel artistique (écriture, dessins, peintures, etc.). Le contexte de recueil des données cliniques peut s'avérer très diversifié, produisant également des effets dans la manière dont le cas sera présenté. La méthode que nous allons aborder dégage donc de grandes catégories qui seront à adapter en fonction de chaque situation.

Méthodologie : Travailler une étude de cas en cours

L'étude de cas travaillée à partir d'un support écrit implique plusieurs particularités méthodologiques. Tout d'abord, il est essentiel de s'imprégner de la situation en la lisant (ou en l'écoutant) à de multiples reprises. Il convient ainsi de parvenir progressivement à « réchauffer » le cas clinique en essayant de se représenter mentalement la situation évoquée (le ou les patients, le clinicien, leurs échanges) et ce que celle-ci nous fait vivre. À chaque nouvelle lecture, le cas semble ainsi faire davantage sens et des relations entre les différents éléments apparaissent progressivement selon une logique de **spirale herméneutique**. Des éléments épars de compréhension s'organisent ensuite de manière plus structurée jusqu'à donner naissance à plusieurs hypothèses concernant la dynamique psychique de la situation.

Spirale herméneutique : concept proposé par le philosophe Paul Ricoeur pour décrire la production de sens nouveaux. On peut la considérer en clinique comme une forme d'accroissement de l'intelligibilité de la situation en plusieurs itérations.

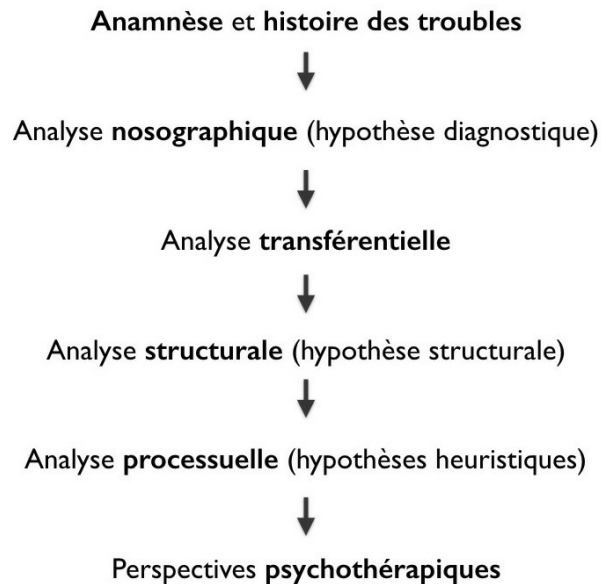
L'étude de cas comporte habituellement deux grandes parties. Celles-ci peuvent être élaborées l'une à la suite de l'autre ou bien traitées séparément :

- la **présentation du matériel clinique** qui se veut vierge de toute interprétation ou théorisation (même si, comme nous l'avons déjà évoqué, l'organisation du matériel clinique est déjà une forme d'interprétation, mais celle-ci se veut limitée) ;
- l'**analyse** à proprement parler du cas. Il peut arriver que l'on effectue uniquement ce temps d'analyse dans certaines situations, lorsque, par

exemple, le matériel clinique est rédigé au préalable par écrit ou présenté par un autre clinicien.

On dégagera plus précisément les parties suivantes :

Fig. 1



Pour aider à la rédaction d'une étude de cas, il sera possible de suivre la grille d'analyse ci-dessous (qu'il est préférable d'utiliser sur une feuille de papier A4 placée à l'horizontal) qui reprend les différentes parties que nous allons à présent détailler :

Fig. 2

Grille – Etude de cas I

Demande	Eléments d'anamnèse	Symptômes	Angoisses	Inhibitions
Analyse diagnostique		Analyse transférentielle		
• Diagnostic proposé		• Relation au clinicien		
• Diagnostic différentiel		• Impression / Ressentis / Images		
		• Relation aux autres		
Frise chronologique				
Histoire des troubles				

Fig. 3

Grille – Etude de cas 2

Analyse processuelle	Analyse structurale	
• Thématique 1	• Thématique 2	• Type d'angoisses
• Thématique 3	• Thématique 4	• Mécanismes de défense
		• Relations d'objet
Hypothèses		• Hypothèse de structure
Perspectives thérapeutiques		

2. Anamnèse, symptomatologie et

diagnostic

2.1 Anamnèse

La première étape consiste à proposer de manière condensée une **présentation rapide du patient** (sexe, âge, lieu d'habitation, situation professionnelle et maritale, enfants, etc.). Il pourra être précisé certains éléments concernant son apparence (physique, habillement, etc.) et toute particularité observée lors du premier contact. Il s'agira également d'indiquer les **conditions et le motif de la consultation** ainsi que les éléments relatifs à la **demande** du patient. Comme nous l'avons déjà vu au chapitre 5, on distingue habituellement la demande manifeste de la demande latente, comme l'illustre la situation suivante :

SITUATION CLINIQUE : Une toux névrotique au supermarché

Edouardo, 31 ans, se présente en consultation en Centre Médico-Psychologique. D'origine italienne, Edouardo a un physique impressionnant du fait de ses activités sportives (en particulier la musculation). Il explique souffrir de quintes de toux récurrentes qui le mettent en difficulté sur son lieu de travail et lorsqu'il fait ses courses. La demande manifeste porte donc sur la disparition de cette toux invalidante. D'ailleurs, lors du premier rendez-vous au CMP, Edouardo a du mal à rentrer dans le bâtiment du fait d'une très forte quinte. Les premiers entretiens mettent en évidence que cette toux est apparue pour la première fois dans un supermarché, lieu où Edouardo avait été agressé quelque temps auparavant. Il explique avoir peur de se trouver à nouveau dans la même situation, mais cette fois avec ses enfants. Il craint de ne pas pouvoir les protéger s'il devait être agressé à nouveau. La suite du suivi mettra ainsi en évidence comment, derrière la **demande manifeste** ayant trait au symptôme, se cachait une **demande latente** plus complexe associant problématique traumatique et paternité.

On reprendra ensuite l'ensemble des éléments d'**anamnèse**. Celle-ci correspond aux événements de vie les plus marquants du sujet, tels que déménagements, séparations, maladies, décès, etc. Le détail des différentes périodes de la vie du patient différera bien sûr en fonction de son âge. Chez l'enfant, on sera attentif aux conditions de la grossesse de sa mère et à celles de son accouchement, à l'âge de la marche, au développement du langage ou à l'acquisition de la propreté. Il arrive que le terme d'anamnèse soit aussi

utilisé pour décrire l'histoire des troubles.

Anamnèse : provient du grec *anamnêsis*, action de rappeler à la mémoire.

Les éléments d'anamnèse sont souvent évoqués spontanément par le patient lors du premier entretien. À ce propos, il est pertinent dans un premier temps de ne pas orienter de manière trop directive l'expression de l'anamnèse par le patient, ce qui permet d'être attentif au **fil associatif** du sujet concernant sa propre histoire. Le risque serait en effet de perdre le sens de la logique inhérente au discours du sujet, l'intérêt ne portant pas tant sur son histoire que sur sa manière de la raconter. De ce point de vue, on prêterait attention aussi bien à ce que le patient évoque qu'à ce qu'il n'évoque pas, ce qui s'inscrit en **négatif**. C'est souvent dans un second temps que l'on se permettra de poser quelques questions concernant les éléments qui manquent à l'histoire du sujet.

Il peut également s'avérer pertinent de repérer sur une **trame chronologique** les différents événements de vie du patient ainsi que l'émergence des troubles, le fait de les organiser ainsi aidant parfois à repérer certains liens significatifs sur le plan temporel.

Exercice : Les événements de vie

Dans certaines thérapies, on propose au patient de placer sur une frise chronologique certains événements de vie dans le but de développer ses compétences narratives et donner du sens à son histoire. Cette consigne pourra à l'occasion être utilisée en entretien de manière plus générale. Vous pouvez réaliser un exercice de ce type en prenant une feuille de papier et en essayant de noter sur une ligne chronologique les événements les plus marquants de votre vie. L'exercice n'est pas aussi facile qu'il peut sembler l'être et n'est pas sans intérêt, même en dehors d'un cadre thérapeutique.

2.2 Symptomatologie et analyse diagnostique

Il s'agit ensuite de reprendre **l'ensemble des symptômes** présentés par le patient. Il est possible de les décrire de manière chronologique pour arriver jusqu'à la situation actuelle ou, à l'inverse, de présenter la situation symptomatologique actuelle pour remonter progressivement à ses expressions antérieures. Des éléments médicaux, comme un éventuel traitement ou divers troubles somatiques, seront également précisés, de même que les suivis et hospitalisations précédant la rencontre avec le psychologue clinicien.

Le recueil des symptômes (les manifestations évoquées par le patient) donne lieu ensuite à une **analyse sémiologique** qui permet de les interpréter comme autant de **signes cliniques** (l'interprétation des symptômes du point de vue psychopathologique). Cette analyse conduit à mettre en relation les différents signes dans le but de dégager une ou plusieurs entités nosographiques. L'étude de cas amène ainsi à proposer une **hypothèse diagnostique** qui s'appuie sur les différentes classifications existantes, en particulier la CIM 10 et le DSM 5[►].

► Cf. [Chapitre 8](#).

Il arrive fréquemment que plusieurs hypothèses diagnostiques soient envisagées. On propose alors un **diagnostic différentiel** qui consiste à présenter les différentes possibilités diagnostiques. À noter, comme nous le verrons en chapitre 8, que ce diagnostic est une première cartographie de la problématique du sujet et qu'il ne s'agit en aucune manière d'enfermer ou de réduire le patient à celui-ci. Ce n'est donc qu'un **premier indicateur**, un point de repère et de dialogue, notamment avec les autres intervenants dans le champ de la santé mentale, et non une fin en soi.

3. Analyse transférentielle

Comme cela a été abordé au chapitre 5, le clinicien doit être en mesure de s'appuyer sur l'ensemble de son vécu transférentiel, qu'il s'agisse des éléments relatifs à la contre-attitude et au contre-transfert. C'est donc l'ensemble de la **constellation transférentielle** que donne à voir la situation clinique qui sera décrite dans cette partie. Celle-ci porte sur des éléments déjà évoqués au chapitre précédent et que nous reprenons ici de manière synthétique :

- *le transfert du patient* : la manière dont le patient investit le clinicien et le cadre thérapeutique, transférant spontanément sa problématique psychique dans cet espace,
- *la contre-attitude du clinicien* : l'ensemble des éléments conscients du clinicien (ressentis, impressions, représentations) en réaction au transfert du patient,
- *le contre-transfert du clinicien* : l'ensemble des éléments inconscients relatifs à la dynamique psychique et au comportement du clinicien en réaction au transfert du patient.

À la rencontre de ces différents facteurs, l'objectif est de relever, et révéler, ce qui se rejoue, de la problématique du patient au sein de la situation thérapeutique. En d'autres termes, dans quelle mesure la relation actuelle du patient avec le psychologue clinicien, et réciproquement la façon dont celui-ci réagit – dans ses ressentis et sa façon de se comporter – peut être considérée comme le **sédiment** des relations passées du patient et plus globalement de sa **dynamique psychique et relationnelle**. En ce sens, il ne s'agit pas tant de produire un travail de reconstruction des expériences passées que d'observer leurs **traces actuelles** et leur réactualisation dans le contexte de l'entretien clinique par le biais de l'analyse transférentielle. Freud nomme **agieren** cette tendance spontanée de la psyché à rejouer les relations en souffrance du passé dans le présent de la thérapie. Ce retour est quasi hallucinatoire dans la mesure où le patient réactualise et agit à son insu, avec le thérapeute, certains modes relationnels antérieurs et donne lieu à ce que Freud appelle une **névrose de transfert**.

Cette analyse de la constellation transférentielle est fondamentale pour la compréhension de la dynamique psychique du patient. Elle est un **tremplin** permettant l'approche des enjeux latents de la situation clinique. Elle est un travail préalable et nécessaire à l'argumentation sur le plan de la structure du sujet, approfondissant la réflexion diagnostique et ouvrant la voie à l'analyse de la dynamique inconsciente du patient.

4. Analyse structurale et analyse processuelle

4.1 Analyse structurale

L'analyse structurale vise à déterminer la structure du sujet. Ce modèle fut développé en particulier par Jean Bergeret (1985) et s'appuie sur plusieurs indicateurs dans le but de décrire **la structure sous-jacente à l'expression symptomatologique**. En ce sens, l'analyse structurale affine la réflexion diagnostique en proposant une lecture « en profondeur » des logiques qui organisent en sous-main l'expression symptomatique du patient. Ce modèle sera présenté plus en détail au [Chapitre 8](#). Dans celui-ci, il s'agit de repérer en particulier :

- la nature des **angoisses** du patient,

- les **mécanismes de défense** prévalents qu'il utilise,
- le **type de relation d'objet** privilégié qu'il met en œuvre.

Ces trois registres permettent de dégager un type de structure chez le patient qui relève classiquement de trois champs : **psychotique**, **perversion** ou **état-limite**, et **névrotique**. L'argumentation clinique tend donc à préciser quelle est la structure organisatrice dominante chez le sujet, favorisant la compréhension des troubles et la prise en charge la plus adaptée.

4.2 Analyse processuelle

Au-delà de la lecture structurale, qui est en soi une voie de compréhension des enjeux latents du cas, l'analyse processuelle poursuit ce travail d'analyse en dégageant les processus prévalant chez le sujet[►]. Cette partie est à proprement parler le cœur de l'étude de cas, car elle tend véritablement à proposer une **reconstruction de la subjectivité**, de ses **logiques inconscientes** et de la **souffrance** qui lui est liée. Dans cette perspective, et pour reprendre une métaphore culinaire, l'anamnèse, les symptômes, les analyses diagnostique, transférentielle et structurale représentent les ingrédients, tandis que l'analyse processuelle est le plat à proprement parler.

► Cf. Sur le modèle processuel, chapitre 8.

Cette analyse prend la forme d'un **ensemble d'hypothèses** et de **questionnements** concernant le fonctionnement psychique du patient. Elle associe aussi bien des éléments cliniques (notamment sur le plan transférentiel) que des concepts théoriques qui viennent éclairer la réflexion. L'analyse processuelle tente ainsi de relier entre eux les éléments du cas dans le but de les rendre intelligibles. Le raisonnement s'apparente à une forme de démonstration des hypothèses. Le processus est similaire à celui d'une enquête dans le but de montrer de quelle manière les indices collectés aident à comprendre certaines logiques inconscientes qui éclairent les difficultés du patient.

Les hypothèses ainsi formulées sont dites **heuristiques** : elles tentent de rendre compte du fonctionnement psychique en vue de le rendre compréhensible. Il ne s'agit pas pourtant – et il est très important de bien comprendre ce point – de vérités en soi mais davantage de **sens potentiels** qui combinent les éléments cliniques. Il est donc tout à fait possible, et même souvent essentiel, de proposer plusieurs **hypothèses complémentaires** pour

un même cas, en vue d'éclairer, par exemple, un même comportement qui paraît énigmatique. L'objectif sera de parvenir de la sorte – pour un même symptôme – à proposer différentes lectures sous formes de **vertex**[►].

► Cf. Citation de Bion sur le vertex au [Chapitre 4](#).

Il convient en effet de garder à l'esprit, comme évoqué au chapitre 4, que la réalité psychique n'est pas directement accessible (Chouvier & Roussillon, 2004), raison pour laquelle on ne sait jamais véritablement ce qui constitue et anime *in fine* la vie psychique d'un patient. On ne peut donc, à défaut, que produire un ensemble d'hypothèses et de représentations théoriques qui tentent d'en rendre compte, selon un raisonnement précis et rigoureux étayé sur les éléments cliniques.

► Cf. [Chapitre 9](#) pour voir un exemple d'hypothèses concernant le rêve d'une patiente.

Méthodologie : Évitez les plaquages théoriques

Une erreur fréquente dans une étude de cas consiste à faire des **plaquages théoriques**. Ceci consiste à utiliser certains concepts sans réflexion préalable et sans prise en compte réelle des éléments cliniques. Cette erreur est souvent liée au fait qu'un étudiant maîtrise mal un concept et l'applique d'une manière grossière. Or ce n'est pas tant l'hypothèse associée à un concept qui importe que sa démonstration (de même que dans un problème mathématique, on s'intéressera plus au raisonnement qu'au résultat). De la même façon, concevoir une hypothèse de nature processuelle comme une vérité de nature causale (le patient fait A parce que B) est une incompréhension des logiques épistémologiques qui structurent la vie psychique.

Méthodologie : Comment rédiger l'analyse processuelle ?

On rédige habituellement l'analyse processuelle en dégagant entre **une et trois hypothèses thématiques**. On aura tendance à présenter ces hypothèses en partant de la plus évidente et manifeste avant de se tourner vers des hypothèses plus complexes et latentes. L'analyse peut également suivre un fil chronologique qui reprend l'émergence progressive des éléments cliniques et des hypothèses survenus tout au long du suivi.

Chaque hypothèse donne lieu à un développement qui associe les éléments cliniques ainsi que d'éventuels éclairages conceptuels. La rédaction de l'analyse processuelle demande un travail d'écriture et d'affinage qui nécessite du temps. La réflexion après-coup, et le partage en groupe de ses observations, sont souvent des outils essentiels pour parvenir à améliorer l'analyse. Ceci permet habituellement de découvrir un phénomène surprenant : le transfert des processus psychiques du patient dans l'analyse même de son cas. On trouve ainsi des traces de l'activité psychique du patient dans la manière même dont celui-ci est rédigé.

4.3 Perspectives thérapeutiques

La dernière partie d'une étude de cas concerne les éléments relatifs à la prise en charge psychothérapique. L'ensemble des analyses développées précédemment aident ainsi à déterminer la prise en charge la plus cohérente. Il pourra d'ailleurs arriver qu'une étude de cas soit centrée sur cette partie lorsqu'une méthode ou technique thérapeutique est l'objet de la présentation du cas.

Parmi les questions qui pourront être abordées dans cette partie, on notera des éléments relatifs à la pertinence de la mise en place ou non d'un **suivi psychothérapique**. Si tel est le cas, des éléments pourront préciser la **structure**, le **dispositif** (individuel, groupal) ainsi que **l'approche psychothérapique** qui paraît la plus adaptée.

Certaines recommandations concernant l'évolution du suivi, du fait même des processus mis en exergue dans les parties précédentes, peuvent également être proposées. Par exemple, les patients présentant un fonctionnement de type état-limite ont tendance à souffrir d'angoisses de séparation intenses. Celles-ci tendent parfois à resurgir dans le cadre thérapeutique, donnant lieu, paradoxalement, à des arrêts prématurés du suivi. Ainsi, se trouver sensibilisé à la problématique spécifique du patient par le repérage des processus de ce registre conduira le clinicien à être très prudent aussi bien dans l'approche utilisée que dans la conduite de la psychothérapie. Ce qui est vrai pour ce type d'angoisse le sera tout autant, mais différemment, pour un patient porteur d'autres difficultés.

À RETENIR

- L'étude de cas est un outil essentiel de **réflexion** et de **formation** dans le champ de la psychologie clinique. Elle est complémentaire des approches expérimentales dans la mesure où elle offre l'occasion de comprendre certaines pathologies du point de vue de **l'intériorité**.
- L'étude de cas permet d'**organiser le matériel clinique**. Elle favorise un travail de synthèse de l'ensemble des éléments dont dispose le clinicien. Cette synthèse aide à explorer la **subjectivité** d'autrui.
- L'étude de cas est à la fois un **outil pédagogique**, un support d'**élaboration** et un moyen d'**échanger** entre collègues et entre génération de cliniciens. Certains cas dits **princeps** sont ainsi transmis et approfondis à chaque nouvelle génération.
- La réalisation de l'étude de cas nécessite tout d'abord de réaliser une **anamnèse** et une **analyse symptomatologique** qui conduit à présenter une ou **plusieurs hypothèses diagnostiques**. L'**analyse transférentielle**, l'**analyse structurale** et l'**analyse processuelle** permettent de dégager les éléments latents du cas.
- L'étude de cas conduit en particulier à proposer des **hypothèses heuristiques** concernant la dynamique psychique du patient. Cette valeur heuristique aide à comprendre le fonctionnement d'un autre être

humain dans sa **totalité**.

NOTIONS CLÉS

- *Agieren*
- Anamnèse
- Diagnostic différentiel
- Monographie
- Revue de littérature
- Spirale herméneutique

POUR ALLER PLUS LOIN

CASTEL P.-H. (2012), *Le cas paramord*, Paris, Ithaque.

CHOUVIER B. (2008). *5 cas cliniques en psychopathologie de l'enfant*, Paris, Dunod.

DUMET N., & MÉNÉCHAL J. (2017). *16 cas cliniques en psychopathologie de l'adulte*, Paris, Dunod.

SCHAUDER S. (2012). *L'étude de cas en psychologie clinique, 4 approches théoriques*, Paris, Dunod.

ENTRAÎNEMENT

QUIZZ

1. En quoi consiste l'anamnèse ?
2. Qu'est-ce que la sémiologie ?
3. Qu'est-ce que le diagnostic différentiel ?
4. Peut-on évoquer ses ressentis dans une étude de cas ?
5. Comment s'appelle la synthèse des connaissances dans un domaine ?
6. Quelles sont les trois structures dégagées par Jean Bergeret ?
7. Qu'est-ce qui différencie l'analyse structurale de l'analyse processuelle ?
8. Citez trois cas célèbres ainsi que leurs auteurs.
9. En quoi consiste l'*agieren* ?
10. Les différentes hypothèses de la partie analyse processuelles sont dites... ?

Exercices

- Choisissez trois cas dans les ouvrages suivants et réalisez leur analyse. Comparez ensuite vos réflexions avec les lectures proposées dans l'ouvrage. Vous pourrez vous appuyer sur la grille d'étude de cas proposée dans ce chapitre.

CHOUVIER, B. (2008). *5 cas cliniques en psychopathologie de l'enfant*, Paris, Dunod.

DUMET N., & MÉNÉCHAL, J. (2017). *16 cas cliniques en psychopathologie de l'adulte*, Paris, Dunod.

- Si vous avez l'occasion d'avoir une première expérience de stage, reprenez les éléments cliniques provenant d'une situation et essayez de les organiser comme une étude de cas.
- Lisez plusieurs cas classiques de la littérature – par exemple : Anna O. (Freud et Breuer), *Cinq Psychanalyses* (Freud), Dick (Klein), Piggie (Winnicott), Aimée (Lacan) et rédigez des fiches de lecture pour chacun d'eux.

PARTIE 3

LA VIE PSYCHIQUE, SA SOUFFRANCE ET SA COMPRÉHENSION

CHAPITRE 7

RÉALITÉ PSYCHIQUE ET SUBJECTIVITÉ

CHAPITRE 8

SOUFFRANCE PSYCHIQUE ET PSYCHOPATHOLOGIE

CHAPITRE 9

PSYCHOTHÉRAPIE ET SYMBOLISATION



Qu'allons-nous étudier dans ce chapitre ?

- Les éléments obtenus par le biais de l'observation et de l'entretien cliniques permettent de dégager des hypothèses concernant les logiques qui organisent la vie psychique.
- Nous allons étudier ces logiques et comment celles-ci participent de la construction de la réalité psychique.
- Dans cette perspective, après avoir décrit des éléments relatifs à l'intersubjectivité précoce, nous reprendrons les différentes phases infantiles qui ponctuent l'émergence de la subjectivité (orale, anale et phallique) avant de décrire le complexe d'Œdipe et la crise adolescente.

CHAPITRE 7 Réalité psychique et subjectivité

PLAN DU CHAPITRE

- [1. La réalité psychique, son exploration et ses logiques](#)
- [2. Aux origines de la réalité psychique : intersubjectivité primaire et relation en double](#)
- [3. Les grands organisateurs infantiles de la réalité psychique](#)
- [4. Du complexe d'Œdipe à la crise pubertaire](#)

1. La réalité psychique, son exploration et ses logiques

Il existe différents niveaux de réalité.

La **réalité matérielle**, tout d'abord, correspond à un certain nombre de lois mises en évidence par les sciences de la matière (par exemple, $h = 1/2 \text{ gt}^2$ ou encore $E = mc^2$). D'après nos modèles actuels, cette réalité matérielle a commencé à exister environ quatorze milliards d'années auparavant jusqu'à donner naissance à la terre il y a quatre milliards et demi d'années.

Au sein de cette réalité matérielle a émergé la **réalité biologique** depuis maintenant trois à quatre milliards d'années. Celle-ci se distingue en particulier par la production d'une enveloppe (qu'il s'agisse d'une cellule, d'une plante, d'un animal, etc.) qui lui permet de survivre et de se reproduire selon des logiques **autopoïétiques** (Maturana & Varela, 1987). Le vivant a ainsi développé des propriétés spécifiques, des bio-logiques, qui le distinguent de la réalité strictement matérielle.

Autopoïèse du grec *auto* (soi-même) et *poiësis* (production) : désigne la propriété d'un système à se reproduire lui-même de manière continue et en interaction avec son environnement. Cela lui permet ainsi de maintenir son organisation malgré le changement éventuel de sa structure.

Au sein de cette réalité biologique s'est développée la **réalité psychique** comme cas particulier de la réalité biologique. Nous ne savons pas précisément quand celle-ci est apparue et de quelle manière (nous avons des traces de l'*Homo habilis* datant d'environ un à deux millions d'années et des traces de l'*Homo sapiens*, l'homme moderne, datant d'environ deux cent

mille ans). Chacun de ces niveaux obéit à des logiques emboîtées dans les niveaux de réalité précédents (par exemple, un être vivant est soumis aux lois de la thermodynamique ou de la gravité de la même façon que la matière inerte). Chaque niveau implique cependant des logiques spécifiques différentes des niveaux de réalité antérieurs.

Fig. 1



La réalité psychique se caractérise notamment par l'émergence de la **conscience**. Celle-ci découle en partie d'une capacité à auto-réfléchir son propre fonctionnement. Une partie de la matière biologique tend ainsi à s'auto-organiser en produisant un écart entre certains processus qui sont « réfléchis » (auto-représentés) et d'autres non. Une partie de la réalité psychique devient donc **inconsciente** et une part de nous-même, **énigmatique**, nous échappe. Cette réalité a également une **consistance** qui lui est propre et une **autonomie** spécifique.

La réalité psychique se caractérise aussi par sa dimension hypercomplexe (Morin, 2005) et non linéaire[►]. Elle obéit ainsi à des logiques selon lesquelles les causalités qui l'organisent ne sont pas simplement du type « A engendre B ». On ne peut pas par conséquent la restreindre à un ensemble de variables que l'on pourrait séparer et étudier uniquement de manière expérimentale. La réalité psychique et la conscience se caractérisent en effet par leur caractère

holistique ou global et toute tentative **réductionniste**►.

► Cf. [Chapitre 3](#).

Réductionnisme : courant de pensée qui consiste à expliquer le monde en séparant et étudiant les différents éléments qui le constituent et qui prend donc le risque de la restreindre à l'une de ses facettes.

L'esprit humain comme système complexe

Les systèmes complexes – ce qui est le cas de l'esprit humain – développent des processus qui obéissent à des logiques dites non-linéaires. Celles-ci engendrent des paradoxes et des conflits qui produisent des propriétés émergentes et non prédictibles (Galatzer-Levy, 2009). Plus précisément, les systèmes complexes ont une dépendance à la sensibilité qui a pour conséquence qu'un élément infime pourra produire une perturbation profonde d'un système dans son ensemble, comme l'illustre le célèbre **effet papillon** décrit par les théories du chaos dans le champ de la météorologie. De ce point de vue, une expérience qui pourra sembler banale pourra impliquer une réorganisation profonde et durable chez un sujet. Ceci aide à comprendre comment une parole, un geste ou un moment de rencontre dans l'espace thérapeutique peuvent avoir une importance considérable. Ces travaux sur les systèmes complexes montrent également que ceux-ci peuvent émerger de règles initiales très simples. Plus précisément, ils se développent sous forme d'une complexification croissante à partir de petites parties – appelées fractales – qui se répètent à l'infini (Marks-Tarlow, 2010).

Les sciences humaines abordent la réalité psychique dans sa totalité en dégagant un certain nombre d'hypothèses visant à accroître son **intelligibilité**. Ces hypothèses vont donner lieu à un maillage théorique et clinique permettant de dégager un **sens potentiel** aux différentes formes d'expression du sujet. Il est ainsi possible de proposer une reconstruction de l'histoire de la subjectivité et la manière dont la réalité biologique donne naissance progressivement au sujet, ce que l'on appelle le **processus de subjectivation** (Cahn, 1991).

Afin de comprendre la nature de la réalité psychique actuelle, il convient plus précisément de saisir sa **construction dans le passé**. Cette exploration implique un travail de reconstruction de ses phases organisatrices antérieures à l'image de la **métaphore de l'archéologue** proposée par Freud dans *Malaise dans la civilisation* (1930) : le clinicien tente de retrouver les restes de strates psychiques antérieures de même que l'archéologue recherche les vestiges d'anciennes civilisations. La difficulté réside dans le fait que cette exploration est du même ordre que si nous cherchions les fondations d'une ville à partir de sa structure actuelle. Plusieurs indicateurs sont néanmoins à notre disposition dans ce travail d'exploration :

- l'**associativité** du sujet qui garde la trace des linéaments sous-jacents à la subjectivité,
- la **dynamique transférentielle** qui donne à voir dans le présent les relations intersubjectives du passé,
- les **ratés du fonctionnement psychique** : lapsus, actes manqués, oublis, etc., décrits notamment par Freud dans la *Psychopathologie de la vie quotidienne* (Freud, 1901),
- les **situations limites** de la vie, telles que les séparations amoureuses, les rivalités et les deuils qui mettent en exergue les « arêtes » du fonctionnement psychique,
- les **symptômes** qui sont un type de solution trouvée par le psychisme témoignant aussi de sa structure et d'une tentative d'équilibre,
- l'ensemble des expériences, qui témoignent du **processus de symbolisation**, en particulier le travail du rêve et le jeu qui gardent la trace des modes de symbolisation achevés ou inachevés.

Exercice : Les processus du rêve

Prenez une feuille de papier et décrivez un rêve par écrit. Racontez le premier rêve qui vous vient à l'esprit, que celui-ci soit récent, ancien ou récurrent.

La structuration de votre récit de rêve obéit à certaines logiques. Elle vient dire quelque chose de votre dynamique psychique. La manière d'utiliser les rêves sera décrite plus en détail au chapitre 9.

À partir de ces différents indices, il est possible de proposer une construction théorique qui relie un certain nombre de principes, d'hypothèses et de concepts relatifs au fonctionnement psychique. Dans le champ psychanalytique, cet ensemble est appelé **métapsychologie**. Celle-ci fut développée initialement par Freud dans le but de produire un modèle cherchant à s'émanciper des limites des connaissances de son époque sur le plan biologique dans le but de comprendre certains troubles psychiques (Assoun, 2000). C'est à partir de cette faille épistémologique – encore présente aujourd'hui – que la métapsychologie s'est développée et complexifiée tout au long du XX^e siècle.

À noter le caractère particulier de la métapsychologie sur le plan épistémologique. Elle vise à rendre compte de ce que l'on peut observer en clinique et n'a donc véritablement de valeur que dans la rencontre clinique.

De ce point de vue, elle opère comme une boussole. Elle aide à se repérer dans les contrées sauvages de l'inconscient et ne prend son sens que lorsqu'elle est redécouverte par le clinicien au fil de son expérience. La métapsychologie peut donc être reformulée, retravaillée et contredite au fil des critiques qui lui sont adressées et des évolutions dans la compréhension des phénomènes cliniques (Laplanche, 1987). La psychanalyse apparaît ainsi comme une **science hybride** entre **observation clinique** et **herméneutique** (Clarke, 2017).

Herméneutique : au sens large, art d'interpréter et de produire des sens nouveaux.

La métapsychologie : entre observation clinique et herméneutique

Les liens entre psychanalyse, science et vérité sont d'une grande complexité et ont fait l'objet de réflexions de nombreux épistémologues : la psychanalyse est-elle une science ? Quelle est la nature des énoncés et des modèles qu'elle produit ?

De ce point de vue, les positions de Freud ont été parfois jugées scientistes (c'est-à-dire trop réductibles à une approche biologisante) par certains auteurs qui ont préféré la considérer comme une discipline herméneutique (Ricoeur, 1986). D'autres, au contraire, ont pensé qu'elle ne pouvait être considérée comme une science à proprement parler car elle ne permettrait pas de répondre au critère de réfutabilité proposé par Karl Popper. De larges débats sur ces sujets ont notamment eu lieu avec la publication des écrits d'Adolf Grünbaum (1984).

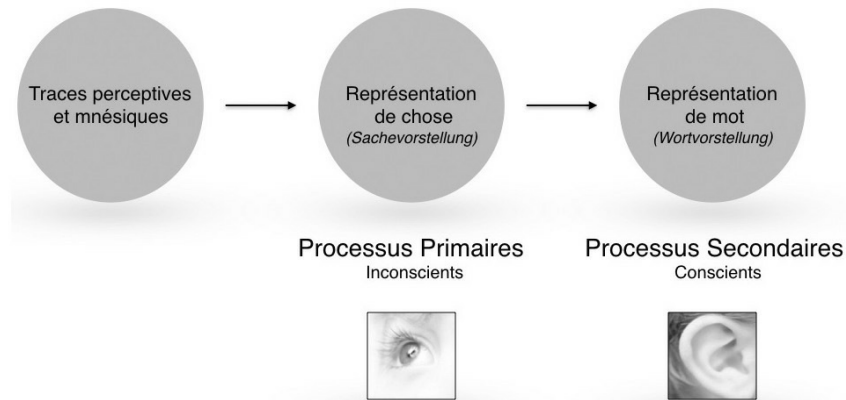
La psychanalyse apparaît aujourd'hui comme une science hybride qui évite aussi bien l'écueil du réductionnisme qu'une herméneutique qui serait entièrement relativiste. L'épistémologie psychanalytique procède ainsi d'une spirale herméneutique dont l'émergence découle de la capacité à tolérer une tension dialectique entre la clinique et son interprétation (Fusella, 2014).

Ces différents indicateurs et cette approche épistémologique permettent d'étudier les logiques d'une réalité psychique qui se caractérise tout d'abord par une **matière psychique première** formée de **traces perceptives**. Cette matière, vectorisée par **l'activité pulsionnelle**, est travaillée et retravaillée tout au long de la vie selon une entreprise de **transformation** qui passe par plusieurs étapes. Freud distingue en particulier la transformation en représentations de choses (la symbolisation primaire, qui concerne essentiellement les images) et en représentations de mots (la symbolisation secondaire, qui concerne essentiellement le langage). Cette fonction transformatrice du psychisme amène à considérer l'activité de pensée comme une forme de représentation de ses propres processus. Le psychisme produit ainsi des représentations qui sont elles-mêmes à leur tour transformées en représentations de représentations.

Traces perceptives : concept proposé par Freud en 1896 pour désigner la première inscription primitive des expériences sensorielles.

Pulsion : Freud la définit ainsi en 1915 : « Le concept de pulsion nous apparaît comme un concept limite entre le psychique et le somatique, comme le représentant psychique des excitations issues de l'intérieur du corps et parvenant au psychisme, comme mesure de l'exigence de travail qui est imposé au psychique en conséquence de sa liaison au corporel ».

Fig. 2



SITUATION CLINIQUE : Troubles de la représentation et psychose

Certains patients psychotiques ont des hallucinations : ils perçoivent dans leur environnement perceptif des représentations mentales ou des sensations qui devraient normalement être représentées psychiquement. Au lieu de cela, ils « présentent » de façon hallucinatoire ces contenus de pensée car ils ne se représentent pas qu'ils représentent. En ce sens, certaines psychoses telles que la schizophrénie peuvent être considérées comme des pathologies de la représentation.

Freud distingue également deux registres de fonctionnement psychique qui organisent la réalité psychique :

- les **processus primaires** : plus archaïques, ils organisent la vie psychique inconsciente et utilisent essentiellement les représentations de choses (essentiellement des images). L'énergie psychique est dite libre, elle s'écoule plus facilement d'une représentation à un autre selon les logiques du principe de plaisir. Ce mode de fonctionnement correspond notamment à la vie subjective du bébé et aux processus du rêve ;

- les **processus secondaires** : plus rationnels, ils structurent la subjectivité consciente et s'étayent davantage sur les représentations de mots. L'énergie psychique est dite liée dans ces processus qui sont structurés par le principe de réalité. C'est le mode de fonctionnement usuel de la pensée consciente à l'état vigile. Ces processus se précisent progressivement avec le développement de la réalité psychique et les formes de pensées plus secondarisées.

Ce travail de transformation psychique opère selon des logiques inhérentes aux différents âges de la vie. La réalité psychique apparaît ainsi comme une forme de sédimentation de ces logiques de l'enfance appelées **l'infantile**. En ce sens, **l'inconscient est l'infantile en nous** et représente des modes de traitement pulsionnels antérieurs. Certains symptômes dont la nature semble énigmatique seront donc à entendre comme l'expression de modes de symbolisation du passé. On peut ainsi souffrir du retour d'un pan subjectif antérieur qui vient hanter le présent. En ce sens, le symptôme est porteur d'une forme de souvenir.

Les processus de transformation psychique : la métaphore de l'estomac

Wilfred Bion reprend fréquemment la métaphore de l'estomac pour décrire les processus de transformation qui opèrent au sein de l'appareil psychique. De même que l'estomac décompose les aliments en nutriments afin de les intégrer, le psychisme doit être en mesure d'intégrer les événements et leur perception. Certaines pathologies psychiques, par exemple le syndrome de stress post-traumatique, pourront être considérées comme le fruit d'une forme d'indigestion psychique.

Les différentes étapes de transformation de la matière psychique prennent en particulier appui sur quatre principes généraux qui orientent sa production :

1. Le **principe de plaisir-déplaisir** : il consiste à rechercher et reproduire les expériences de plaisir et à éviter les expériences de déplaisir. Ce principe s'associe au **jugement d'attribution** qui « labélise » les expériences vécues comme bonnes ou mauvaises. Freud a proposé plusieurs modèles du principe de plaisir qui peuvent coexister, voire s'opposer, dans le fonctionnement psychique :
- un premier modèle dans lequel le plaisir est la conséquence d'une diminution des tensions internes. Le but du psychisme sera alors, par les

expériences de plaisir, de ramener les tensions psychique à zéro, ce qu'on appelle le principe de nirvana ;

- dans un second modèle, le plaisir dépend de certains seuils, ce qui nécessite que le sujet accepte de différer en partie son plaisir et qu'il éprouve un plaisir dans le fait de contenir une tension de déplaisir. Cela implique le développement du masochisme primaire qui permet de conserver une tension psychique et de l'investir de manière libidinale.

2. Le principe de réalité : l'être humain ne peut survivre s'il dépend uniquement du principe de plaisir, car il ne peut alors pas s'adapter à son environnement. Le principe de plaisir-déplaisir s'articule donc au développement progressif du principe de réalité qui provient d'un travail de liaison entre le monde interne et l'environnement. Le principe de réalité implique donc un travail psychique qui engendre une **transformation du principe de plaisir**, le sujet trouvant progressivement sa satisfaction dans la rencontre et l'investissement de l'objet.

3. Le principe de constance : à la rencontre des deux principes précédents, le principe de constance concerne la manière dont la psyché recherche un **équilibre** entre monde interne et monde externe. De ce point de vue, la fonction du psychisme est de maintenir son **homéostasie**. De même qu'une cellule court le risque de l'éclatement si les tensions sont trop grandes entre ses logiques internes et l'environnement, le psychisme ne peut se permettre un écart trop grand avec le monde environnant. Il produit en particulier des modèles de prédiction qui visent à accroître l'adaptation aux événements et leur anticipation afin d'être en phase avec le principe de constance (Friston, 2009).

Homéostasie : capacité d'un système ou d'un organisme à maintenir son équilibre.

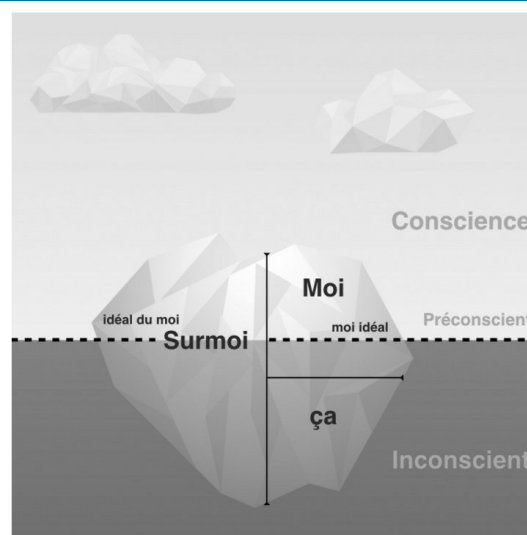
4. La compulsion de répétition : lorsqu'une expérience ne sera pas source suffisante de satisfaction, elle ne pourra être intégrée psychiquement. Freud repère ce fait clinique à partir des névroses traumatiques de guerre, des mélancolies et du fonctionnement masochiste. Le psychisme semble dans ces conditions reproduire des expériences à l'opposé du principe de plaisir-déplaisir. Freud suppose ainsi, en 1920, dans *Au-delà du principe de plaisir*, l'existence d'une compulsion de répétition qui correspond à une tentative de liaison et d'intégration d'événements traumatiques qui échoue. En ce sens, la répétition est considérée comme une tentative de symbolisation

d'expériences en souffrance.

Ces quatre principes représentent une première architecture à partir de laquelle la matière psychique sera organisée et transformée tout au long de la vie. Freud distingue également deux manières de considérer la structuration de la réalité psychique dans son ensemble :

- la **première topique** : topique, développée entre 1905-1915, dans laquelle on distingue l'inconscient, le préconscient et la conscience. Une partie de l'activité psychique sera donc considérée comme étant de nature inconsciente et ne pourra atteindre la conscience qu'en passant la censure (par exemple, dans le rêve, certaines pensées refoulées par la censure demeureront inconscientes) ;
- la **deuxième topique** : topique, théorisée à partir de 1920, dans laquelle on distingue le ça, le moi et le surmoi. Elle complète la première topique et insiste sur la conflictualité entre ces différentes instances psychiques, le moi devant trouver une position d'équilibre entre les éléments pulsionnels issus du ça et les impératifs provenant de la réalité et du surmoi. Freud pense alors le fonctionnement psychique à partir de ses dimensions topique (l'instance impliquée), dynamique (la nature des conflits) et économique (la force des processus). Par la suite, plusieurs auteurs proposeront de différencier également l'idéal du moi (pendant inverse du surmoi sous forme d'idéaux que le sujet se doit de réaliser) et le moi idéal (idéal de toute-puissance héritier du narcissisme primaire).

Fig. 3



2. Aux origines de la réalité psychique : intersubjectivité primaire et relation en double

Nous allons à présent reprendre les principales étapes du développement psychique qui participent à l'émergence de **la subjectivité**. Il ne s'agira pas tant de décrire dans le détail ces étapes qui constituent cette émergence que d'en donner un premier panorama (Roussillon, 2007).

Subjectivité : ensemble des processus qui donnent naissance au sujet et qui participent du fait qu'un être humain puisse se considérer comme tel.

2.1 Avant la naissance...

Il existe tout d'abord une multitude de facteurs biologiques et environnementaux à l'origine de la construction de la subjectivité. Sur le plan biologique, des relations d'une grande complexité se développent ainsi entre **l'inné et l'acquis**, ces deux facteurs étant liés de manière indissociable. Si certains traits de personnalité et certains processus neurobiologiques sont en lien avec l'expression directe du code génétique, ils sont néanmoins potentiellement transformables lors de phases ultérieures du développement psychique. La relation du sujet à son environnement engendre en effet de possibles modifications par le biais en particulier de facteurs relevant de **l'épigénétique**►.

Épigénétique : champ de la biologie qui étudie l'expression réversible des gènes dans le développement d'un organisme vivant.

Avant même la naissance de l'enfant, des éléments **intergénérationnels** et **transgénérationnels** rentrent également en ligne de compte et l'on pourrait considérer de ce point de vue que certains éléments de la réalité psychique à venir sont déjà là avant même la conception de l'enfant. La **constellation fantasmatique** au sein de laquelle émergent le désir et la conception de l'enfant par les parents est également essentielle. À un niveau davantage méta, la société et la culture sont aussi des éléments fondamentaux – en particulier la langue de l'enfant et son nom – qui auront une grande influence sur le sujet en devenir.

Éléments transgénérationnels : éléments non symbolisés d'une génération qui se transmettent aux

génération suivantes.

La vie psychique débute à proprement parler avec la **vie fœtale**. De nombreux travaux soulignent les compétences du fœtus, en particulier sa capacité à entrer en contact avec ses parents alors qu'il est encore dans le ventre de sa mère (Bergeret, Houser, Vacheret & Bureau, 2004). Ces premières expériences archaïques sont aux fondements de la vie psychique future. La plasticité cérébrale étant très marquée à cette période de la vie, les expériences les plus précoces auront en effet tendance à laisser une trace d'autant plus profonde dans la psyché. Des travaux menés chez l'animal, en particulier chez le rat, montrent par exemple comment un stress intense lors du développement intra-utérin et après la naissance conduit à une vulnérabilité au stress et à l'anxiété à l'âge adulte. On remarquera également, à l'image du mythe de l'androgyné de Platon, que cette première expérience intra-utérine est caractérisée par le fait de ne faire qu'un avec le corps de la mère. La naissance (Bowlby, 2002) apparaît ainsi comme une première séparation au caractère potentiellement traumatique, comme le proposait par exemple **Otto Rank**, qui voyait dans cette expérience un réservoir des angoisses à venir tout au long de la vie.

Otto Rank (1884-1939) : psychologue et psychanalyste autrichien qui a écrit sur le traumatisme que pouvait représenter la naissance.

***Fantômes dans la chambre d'enfants* de Selma Fraiberg**

Les travaux de Selma Fraiberg (1983), développés à partir de l'observation de bébés et de leurs parents, mettent en évidence comment le passé familial, et notamment certains secrets transgénérationnels, sont comme des « fantômes dans la chambre des enfants, visiteurs qui surgissent du passé des parents [...] qui se sont installés et dirigent la répétition de la tragédie familiale ». Ces « fantômes » pourront avoir une profonde influence sur le développement psychique de l'enfant et l'émergence de certaines formes de psychopathologies.

2.2 Potentiels et intersubjectivité précoce

L'espèce humaine se caractérise en outre par une très grande prématurité, unique dans le monde animal. Comme aimait à le souligner Winnicott : « *un bébé seul, ça n'existe pas* » ! Le bébé est en effet d'une vulnérabilité extrême face à son environnement. Il n'est cependant pas une *tabula rasa* et il a d'emblée des compétences – ce que Winnicott nomme des **potentiels** – qui pourront s'exprimer en fonction de son environnement. La **théorie de l'attachement** (Bowlby, 2002) a également mis en évidence les **compétences**

précoces et les réponses primitives du bébé (réponses prototypes, mécanismes de défense précoces, etc.) qui lui permettent d'interagir d'emblée avec son environnement. Certains potentiels du bébé ne pourront néanmoins advenir avant certaines périodes critiques, ce qui ouvre plusieurs questions sur le plan clinique : comment s'expriment ces potentiels ? Quel est le rôle de l'intersubjectivité primaire dans leur développement ? Certaines souffrances psychiques sont-elles l'expression de ces potentiels non advenus ?

Il convient de ce point de vue de souligner que le bébé est équipé d'emblée pour les relations intersubjectives. Cela lui permet de participer à des processus d'**accordage affectif** avec sa mère (Stern, 198) et de véritables **proto-conversations** se développent ainsi entre la mère et l'enfant, favorisant un profond partage émotionnel (Trevarthen, 1993). À partir de ces interactions précoces, le bébé internalise certaines propriétés de son environnement aussi bien sur le plan cognitif qu'affectif.

Lors de ces interactions, les états de conscience du bébé ne sont probablement pas stables ou durables. **Christian David** désigne ainsi ces états comme une nébuleuse psychique au caractère hétérogène. Le bébé alterne des moments de repli narcissique et d'indifférenciation (relevant du narcissisme primaire) et des moments d'intersubjectivité primaire permettant la rencontre avec l'autre (relevant davantage du narcissisme secondaire) selon un certain degré de différenciation et de discrimination.

Christian David (1929-2013) : médecin, psychanalyste et philosophe, fut l'un des fondateurs de l'école de psychosomatique de Paris.

Le narcissisme et le mythe de Narcisse

Le narcissisme est une notion introduite par Freud, en 1914, dans *Pour Introduire le narcissisme*. Il désigne une forme de structure du moi associée à un certain équilibre de l'énergie psychique appelée libido. On distingue plus précisément :

Le **narcissisme primaire** : une première organisation de la subjectivité dans laquelle l'enfant rapporte à lui-même tout ce qui se déroule dans son environnement. C'est une première façon d'interpréter le monde en le rapportant à sa propre action, marquée par une certaine indifférenciation. L'investissement de la libido porte alors sur la personne elle-même (on parle de libido du moi ou narcissique).

Le **narcissisme secondaire** : il implique la reconnaissance et la rencontre avec l'objet reconnu comme tel. L'économie psychique est alors dépendante de l'investissement des objets et donne naissance à la libido d'objet.

Le **mythe de Narcisse** – qui se regarde dans le reflet de l’eau et se trouve si beau qu’il finit par s’y noyer, hypnotisé par sa propre image malgré les appels de la Nymphé Écho – illustre les mécanismes du narcissisme primaire. Le sujet se trouve entièrement pris par l’investissement de sa propre image, piège mortel qui ne lui permet pas de rencontrer l’autre. On utilise le terme de **troubles narcissiques** pour désigner un sujet ayant souffert d’un manque de « reflet » durant la petite enfance, recherchant constamment en l’autre ce que de lui-même il n’a pu se représenter. Cela peut donner lieu à un Moi qui recherche constamment l’attention et la mise en valeur par autrui. L’amour de soi exacerbé à l’extrême cache alors en réalité de grandes fragilités sur le plan de l’amour-propre et du narcissisme.

Ne pas confondre : Discrimination et reconnaissance

Le bébé a très tôt des capacités de discrimination qui lui permettent, par exemple, de distinguer l’odeur de sa mère. Le bébé a également certaines capacités précoces de différenciation, identifiant en partie ce qui vient de lui et de l’autre. Il convient néanmoins de distinguer discrimination et reconnaissance : il est possible que l’enfant soit en mesure de discriminer certains éléments sur le plan perceptif sans pour autant être en mesure de les reconnaître en tant que tels. La reconnaissance implique en effet une forme de représentation plus complexe de l’objet. Elle nécessite aussi une capacité à distinguer ce qui vient de soi de ce qui vient de l’autre, ce qui implique une **agentivité** suffisante, c’est-à-dire le fait de pouvoir déterminer si on est ou non l’agent d’une action.

L’intersubjectivité primaire représente les fondements de la réalité psychique à venir, car l’enfant développe sa vie psychique par l’intermédiaire de la rencontre avec un autre être humain. Ce travail débute avec l’expérience de la tétée, qui lui permet de rassembler en un tout sensoriel et affectif cohérent une expérience subjective diffractée. On suppose en effet que les perceptions du bébé sont clivées et ne lui permettent pas de construire une représentation de l’objet qui soit totale. Le sein est ainsi l’un des premiers espaces de projection pour un rassemblement cohérent de l’expérience perceptive du bébé. Il permet, comme le propose **Donald Meltzer**, de réaliser un travail de liaison et de **mantèlement** permettant l’émergence d’une première matrice de l’expérience subjective.

Donald Meltzer (1922-2004) : psychiatre et psychanalyste kleinien qui a beaucoup contribué à l’étude de l’autisme. Il fut également l’un des auteurs qui ont participé au développement du courant post-bionien.

Mantèlement : concept proposé par Donald Meltzer qui correspond à une synthèse intersensorielle des différentes perceptions.

L’enfant ressaisira ensuite son expérience par son reflet dans le visage et la voix maternels. Il se produit alors un étrange mélange entre les affects de

l'enfant projetés sur la mère et ceux de la mère en réaction à son enfant. Il se déroule ainsi une combinaison et une **comodalisation sensorielle** dans la rencontre intersubjective qui nécessite des rythmes suffisamment compatibles entre la mère et le bébé (Golse, 2016).

Comodalisation sensorielle : terme issu des sciences cognitives qui désigne l'association des différents flux sensoriels par le cerveau.

Perspective neuroscientifique : Les processus de comodalisation

Sur le plan cognitif, le travail de comodalisation s'effectue en particulier au niveau du sillon temporal supérieur (Golse, 2016). Cette zone est également la zone de reconnaissance du visage, des émotions exprimées sur le visage, de l'analyse des mouvements d'autrui et de la perception de la voix humaine. Ainsi, le visage, mais aussi la voix de la mère apparaissent-ils comme les premiers contenant qui permettent au bébé d'intégrer son expérience perceptive en un tout cohérent.

2.3 Objet primaire et relation en double

Le processus de construction de la réalité psychique et de l'objet externe total est donc intimement lié au processus de rencontre avec **l'objet primaire**. Ce dernier permet à l'enfant d'organiser son expérience, donnant progressivement naissance à l'objet en tant que tel. À ses niveaux les plus primaires, la structure même de l'expérience subjective a donc pour premier contenant le corps maternel (sein, visage, voix, etc.). En ce sens, il s'agit d'un processus de coproduction qui associe le visage maternel et les affects du bébé dans un tout indifférencié. Pour la même raison, le rythme et l'organisation interne du bébé trouvent également leur origine dans le rythme et la réalité psychique de la mère elle-même. Le rythme offre ainsi une sensation de permanence et un sentiment continu d'existence. C'est donc un autre sujet qui structure l'expérience du sujet en devenir, raison pour laquelle le bébé est extrêmement sensible à la vie psychique de sa mère. Les premières fondations de la réalité psychique, ce qu'André Green appelle la **structure encadrante du moi**, ont donc une origine externe au sujet. La vulnérabilité extrême de l'être humain devient ainsi un potentiel d'intégration à partir de la rencontre précoce avec un autre être humain.

Objet primaire : première rencontre avec l'objet (en particulier la mère) sur le mode d'une forme d'indifférenciation entre le sujet en devenir et son environnement qui laisse une trace primaire dans la réalité psychique de par ses propriétés spécifiques.

Ces processus impliquent d'après Winnicott un état de préoccupation maternelle primaire qui commence dès la grossesse et se poursuit après la naissance. Cet état favorise une harmonisation profonde entre la mère et l'enfant. La mère rêve en même temps que l'enfant, certains cycles se synchronisent et la mère devient hypersensible à son enfant. Freud proposait à ce propos la notion de configuration maternelle et Daniel Stern a utilisé plus récemment l'expression de **constellation maternelle** pour décrire cette phase qui nécessite également la **contenance paternelle**. Le père a en effet une fonction essentielle de soutien à l'investissement maternel de l'enfant. On sait par ailleurs que l'enfant reconnaît la voix du père à l'âge de quinze jours et qu'il est en mesure de repérer très tôt le **triangle interactionnel** constitué avec ses parents.

Cet état particulier de la mère lui permet de devenir un autre suffisamment semblable pour l'enfant. On parle ainsi d'une **relation primaire en double**, appelée également **homosensuelle primaire** (Roussillon, 2008) afin de souligner le partage sensoriel qu'elle implique. La mère doit alors être suffisamment constante sur le plan affectif, suffisamment prévisible et cohérente pour ne pas casser l'unité perceptive et temporelle de l'enfant. Elle doit s'ajuster et se modeler au bébé, car celui-ci a des capacités de **pare-excitation** encore très limitées. La mère est de ce point de vue une **première enveloppe psychique externalisée** qui effectue un travail d'intégration des expériences de plaisir et de protection à l'égard des expériences de déplaisir. On passe ainsi du **partage du plaisir au principe de plaisir**, un partage en double par le corps et les affects. Cette relation en double est fondamentale car elle sera à la base des fondations de la vie psychique future. Il convient ainsi de comprendre que la boucle intrapsychique et réflexive de l'adulte garde la trace de la boucle intersubjective du bébé.

Pare-excitation : concept proposé par Freud en 1920 qui décrit la capacité du psychisme à filtrer le degré d'excitation produit par les perceptions. Le système de pare-excitation est une sorte de barrière entre monde externe et monde interne.

Winnicott insiste plus précisément sur l'importance des soins maternels qui seront progressivement internalisés comme structures profondes de la réalité psychique. Il propose de distinguer :

- le **holding** (portage), qui désigne la façon dont la mère porte le bébé. Le bébé doit se sentir ramassé sur lui-même, unifié et contenu. Il s'agit d'une contenance physique nécessaire à une contenance psychique balbutiante. On

parle ainsi d'une fonction contenant de l'environnement qui laisse une trace dans la manière dont le sujet se porte physiquement et psychiquement ;

- le **handling** (maniement), qui concerne la façon dont la mère manipule le bébé. Winnicott évoque à ce propos une fonction personnalisante qui permet à l'enfant d'être bien incarné ► en lui-même et d'être en phase avec son expérience corporelle et psychique. Ce processus laisse une trace dans la manière dont le sujet prend soin de lui ;

► Sur le sentiment d'incarnation et les vécus de « dés-incarnation » comme on en trouve dans les « sorties » hors du corps, voir un exemple clinique [ici](#).

- l'**object-presenting** (présentation d'objet), qui désigne la façon dont la mère présente le bébé aux autres et à son environnement. Ce processus laisse une trace dans la manière dont le sujet se présente à autrui et au monde.

Les expériences de Harry Harlow avec des macaques rhésus

Le psychologue américain Harry Harlow (1905-1981) a mené des expériences, débutées dans les années 1930, pour mettre en évidence le rôle essentiel de la relation à la mère et sa fonction de contenance dans le développement psychique. Le principe de ces expériences – au demeurant fort critiquables sur le plan éthique – était de séparer les nouveau-nés macaques rhésus de leurs mères et de les placer en présence de deux substituts maternels, l'un en grillage fournissant du lait et l'autre recouvert d'un tissu. Les petits singes préféraient se blottir contre le second, privilégiant la contenance à la nourriture. Ces travaux seront reproduits avec de multiples variantes et participeront du développement de la théorie de l'attachement (Bowlby, 2002 ; Stern, 1989).

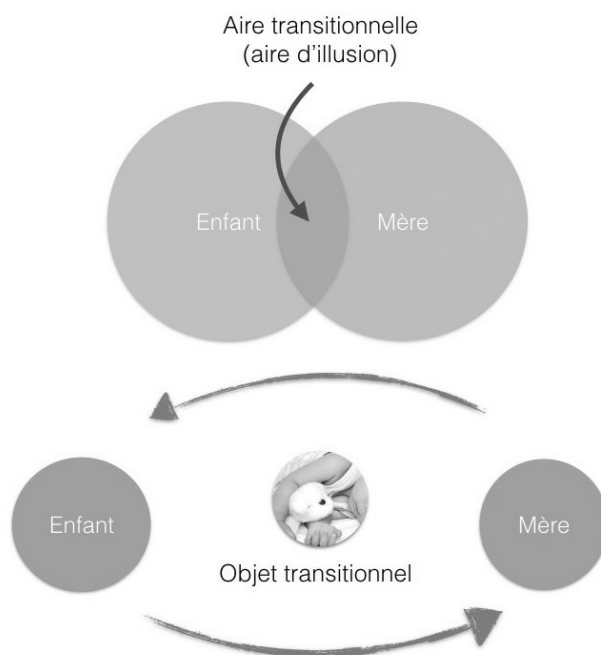
L'ensemble de ces processus se déroule dans un espace particulier entre la mère et l'enfant que Winnicott appelle **l'aire intermédiaire** ou **l'aire transitionnelle**. Il s'agit du lieu de rencontre entre le monde interne du bébé et le monde externe. L'écart entre ces deux espaces ne doit pas être trop grand pour laisser le sentiment à l'enfant qu'il est en mesure de **trouver-crée** le monde. Une forme de cohérence entre les processus hallucinatoires du bébé et le monde se développe ainsi, produisant une **illusion narcissique primaire**, source de plaisir et de créativité future. Certains objets aux propriétés particulières – **l'objet transitionnel** – se situent dans cette zone intermédiaire aux propriétés magiques pour l'enfant.

L'objet transitionnel

En 1951, Winnicott publie « Objets transitionnels et phénomènes transitionnels », donnant naissance au concept le plus connu de sa pensée. Il désigne l'objet transitionnel comme la première possession non-moi : une peluche ou un bout de tissu dont l'enfant ne peut se séparer. Il s'agit d'un objet intermédiaire entre monde interne et monde externe, à la fois dedans et dehors. Ce « doudou » doit résister et survivre aussi bien à l'amour qu'à la haine. Il doit être suffisamment immuable, garder sa texture et son odeur. Il appartient à l'aire intermédiaire décrite précédemment et que l'on trouve convoquée à l'âge adulte dans l'art, la culture et la créativité. Cet objet est particulier dans le sens où il n'y a pas à en faire le deuil : il est progressivement désinvesti et moins sollicité. Le fétichisme pourra en devenir une évolution pathologique[►]. Winnicott regrettera néanmoins que le concept soit souvent réduit à la peluche elle-même. Voilà ce qu'il explique à ce propos : « Ce à quoi je me réfère, ce n'est pas tant au bout de tissu, à l'ours en peluche utilisé qu'à l'utilisation de l'objet. J'attire l'attention sur le paradoxe impliqué dans l'utilisation faite par le petit enfant de ce que j'ai appelé l'objet transitionnel. Je demande qu'un paradoxe soit accepté, toléré, et qu'on admette qu'il ne soit pas résolu » (Winnicott, 1971).

► Cf. [Chapitre 9](#).

Fig. 4



Un écart entre la réalité psychique de l'enfant et la réalité doit néanmoins subsister. Ainsi, pour Winnicott, la mère doit être « suffisamment bonne » et non une mère idéale. On remarquera ainsi avec intérêt que la majorité des interactions mère-bébé sont des **ajustements réciproques** qui témoignent de ratés et de leur réparation dans l'interaction. Il faut néanmoins qu'il y ait suffisamment d'expériences positives sinon le sujet développe dans les cas les plus extrêmes ce que Winnicott décrit comme des **agonies primitives** et ce que Bion désigne comme des **terreurs sans nom**. Il s'agit dans ces différents cas d'expériences de grande souffrance qui conduisent le bébé à se cliver d'une partie de son expérience.

Ce double que représente la mère doit donc être suffisamment similaire, mais aussi légèrement différent pour accompagner :

- le **processus de rassemblement** de l'expérience interne du bébé dans sa projection sur le corps, le visage et la voix maternels ;
- le **processus de différenciation** qui permet progressivement au bébé de saisir, par de petits écarts, une différenciation entre ce qu'il projette dans le contenant maternel et les propriétés différenciées de celui-ci.

Le développement de la pensée se poursuit ainsi par la sortie progressive du **narcissisme primaire** et l'organisation en double que nous venons de décrire. Le narcissisme secondaire vectorise un travail psychique de différenciation qui nécessite de sortir de la position narcissique première et de l'illusion de toute-puissance qui lui est liée[►]. Cette évolution favorise la construction de l'altérité du sujet et s'appuie également sur la maturation neurobiologique du cerveau. Cette découverte de l'altérité conduit à une confrontation progressive aux **limites** et à la **frustration** due à la rencontre avec l'objet. Ce travail de **désillusion** se fait en parallèle avec le réinvestissement de la mère dans d'autres activités. La mère devient donc progressivement « moins bonne », elle fait davantage attendre l'enfant, ce qui conduit à un écart grandissant avec celui-ci. Il se produit donc des « ratés » qui aident l'enfant à saisir l'altérité et sortir du narcissisme primaire.

► Cf. [Chapitre 9](#) pour voir l'évolution pathologique des troubles narcissiques-identitaires.

Cela peut engendrer chez le bébé des colères intenses et de véritables rages. La réponse de la mère est alors essentielle et doit éviter autant que possible le retrait ou les représailles qui pourraient engendrer un sentiment de

culpabilité chez l'enfant. Il pourrait en effet avoir l'impression que sa colère a détruit ou abîmé l'objet primaire dont il est encore mal différencié. De même, si la mère n'est pas atteinte (devenant insensible) ou si elle l'est trop (devenant imprévisible), l'expression de l'agressivité du bébé, nécessaire à son développement, ne pourra se faire dans de bonnes conditions. Il s'agit au contraire de faire en sorte que la mère soit retrouvée et parvienne à renouer le contact avec l'enfant, qui survit ainsi à ces mouvements de destructivité. L'« *objet naît dans la haine* » disait Freud afin de décrire cette expression d'une forme de destructivité dans la construction de l'objet.

Lorsque cette évolution ne s'effectue pas dans de bonnes conditions, le développement d'un **faux self** pourra advenir, dans lequel le sujet en devenir est davantage accordé à l'environnement qu'à son monde interne, ne s'autorisant pas à exprimer certains mouvements de destructivité. Winnicott (1971) décrit ainsi cette organisation : « Le développement d'un faux self est l'une des organisations de défense les plus réussies en vue de protéger le noyau du vrai self. Il en résulte cependant de sa prévalence un sentiment de futilité ».

2.4 De la matière biologique à la matière psychique

L'enfant développe aussi une internalisation de la fonction contenant de l'environnement donnant naissance aux premières **enveloppes psychiques** (Anzieu, 1987 ; Houzel, 2005) qui lui seront nécessaires pour transformer et intégrer les éléments qui composent sa vie psychique. Bion a étudié dans le détail ce processus qu'il a appelé **fonction alpha** dans le but de décrire le processus de construction de la pensée elle-même. Voici comment Bion (1963) la décrit : « La fonction alpha désigne cette fonction par laquelle les impressions des sens sont transformées en éléments susceptibles d'être emmagasinés, pour être ensuite utilisés dans les pensées du rêve ou dans d'autres types de pensée ».

Bion développe en particulier sa théorie à partir d'outils et de concepts issus de la philosophie (Kant, Hume) et des mathématiques (Poincaré), d'où la notion de fonction pour désigner ce processus. Il suppose que les premières briques de l'activité de pensée sont des éléments émotionnels bruts qu'il appelle **éléments bêta**, des protopensées inélaborables en elles-mêmes, des choses en soi non traitées psychiquement qui ne sont pas intégrables dans

l'activité de pensée. Ce sont des éléments de matière biologique bruts qui sont « projetés » dans la mère qui va les détoxifier, les transformant ainsi en **éléments alpha** intégrables. On passe ainsi **de la matière biologique à la matière psychique** par le biais d'un autre qui « humanise » l'expérience propre. Contrairement à ce qu'on serait tenté de penser intuitivement, l'expérience émotionnelle n'est donc pas directement accessible, car elle passe par un autre sujet. Le sujet en lui-même n'est pas en mesure de traiter, de penser, ses propres pensées. La production d'un **appareil à penser la pensée** qui provient de la relation à l'objet primaire est donc nécessaire, fruit de l'ensemble des processus relatifs au narcissisme primaire que nous venons de décrire.

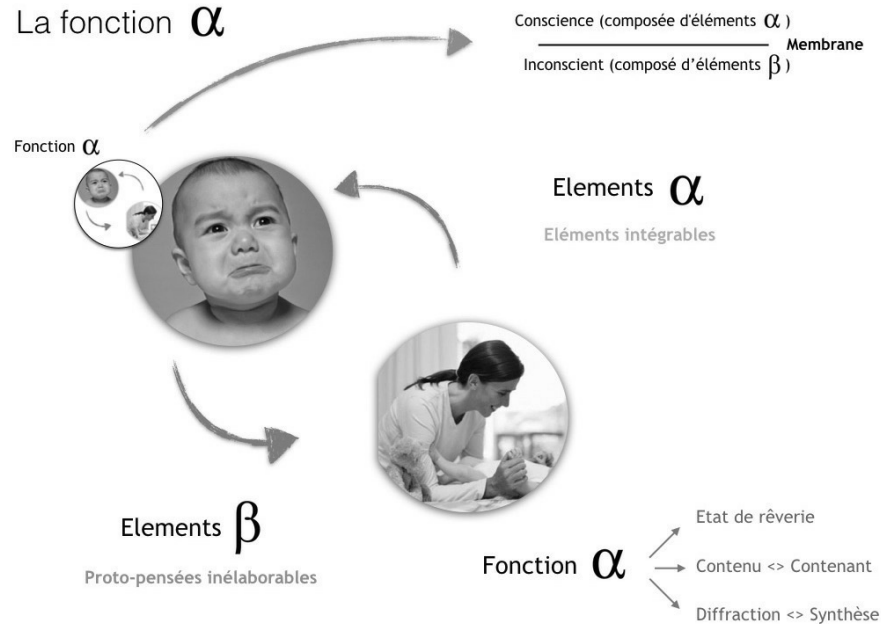
La fonction alpha conduit ainsi à la production d'éléments alpha qui constituent une **barrière de contact** ou une **membrane** qui sépare les éléments psychiques en deux groupes, l'un formant la conscience, l'autre l'inconscient. Quand des éléments bêta ne sont pas intégrés par le biais de la fonction alpha, ils demeurent des **choses en soi** qui ne sont pas exploitables par la pensée. Ils feront alors retour sous forme d'hallucinations, de passages à l'acte, de symptômes psychosomatiques, etc. Bion dégage plus précisément trois facteurs de la fonction alpha :

- 1. la rêverie maternelle** : elle concerne l'état de rêverie dans laquelle se trouve la mère (quand elle donne le sein par exemple) qui lui permet de « rêver » les contenus de pensée de son bébé pour qu'il puisse les intégrer. La rêverie permet d'adoucir la frustration du bébé. Elle est considérée par Bion comme les prémisses de la capacité de penser du bébé ;
- 2. la relation contenu-contenant** : cette relation est issue des théories de Melanie Klein. Elle désigne le fait que certains sentiments psychiques difficilement élaborables (un contenu) sont projetés dans un contenant (la mère), permettant ainsi leur intégration. Le contenant-contenu devient à son tour un contenu en recherche d'un contenant. Le développement de la pensée se fera ainsi selon cette succession dialectique contenants-contenus ;
- 3. diffraction-synthèse** : il s'agit d'un approfondissement des positions schizo-paranoïde et dépressive synthèse de Melanie Klein. On parle en termes plus contemporains de mouvements de fragmentation/diffraction et de synthèse nécessaires au fonctionnement psychique générant la production de la pensée.

► Cf. [ici](#) la phase orale du développement psychique.

Fig. 5

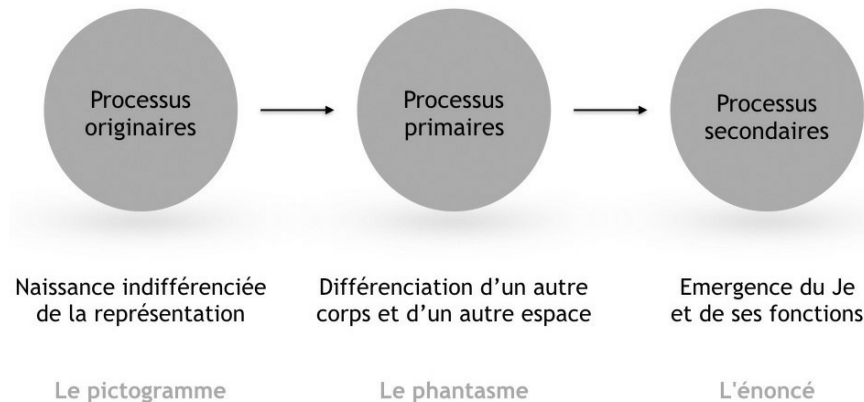
La fonction alpha



La fonction alpha participe ainsi de la production des premières formes de pensée que Bion appelle **idéogrammes**. Les travaux de Bion seront notamment poursuivis par **Piera Aulagnier** dans un ouvrage intitulé *La violence de l'interprétation* (1975). Piera Aulagnier a proposé une vision originale de l'articulation entre soma et psyché. Il existe selon elle une **métabolisation psychique** qui est « l'équivalent psychique du travail de métabolisation propre à l'activité organique ». L'activité psychique est donc liée à un processus de métabolisation dont l'inscription est corporelle. La première étape de la métabolisation psychique, appelée **processus originaire**, émerge plus précisément au sein d'un espace corporel indifférencié entre soi et l'autre. Il s'agit d'un espace psychique unitaire dans laquelle une zone partielle du corps est liée à un objet partiel. Il n'y a alors pas de distinction claire entre le représentant et le représenté, entre soi et l'objet. Par exemple, l'enfant ne pourra distinguer la bouche du sein. Le plaisir se trouve lui-même non localisable étant donné cette dimension d'indifférenciation.

Piera Aulagnier (1923-1990), psychiatre et psychanalyste, a beaucoup travaillé sur la psychose et a produit une théorie originale concernant la métabolisation psychique.

Modèle de Piera Aulagnier



Le modèle de Piera Aulagnier distingue trois niveaux de métabolisation psychique (originaire, primaire et secondaire) correspondant à trois types de processus (naissance de la représentation de manière indifférenciée, processus de différenciation et émergence du Je) et trois types d'éléments psychiques (le pictogramme, le phantasme et l'énoncé).

Les premières briques de la pensée – les éléments alpha de Bion – sont donc pour Piera Aulagnier ce mélange indifférencié entre le psychique et le corporel, entre soi et l'autre. Aulagnier les appelle **pictogrammes** et les considère comme « la coalescence d'une représentation de l'affect, laquelle est indivisible de l'affect de la représentation qui l'accompagne ». Les premières formes de représentations sont ainsi associées aux éprouvés de plaisir ou de déplaisir, afin que se constitue un **fond représentatif** issu de la sensorialité. Il s'agit d'une activité toujours en mouvement, un **flux** qui rend compte de l'interaction constante avec le corporel, le biologique, l'organique, impliquant une contrainte à métaboliser. Ces origines de l'activité psychique ne deviendront visibles que dans certaines **pathologies psychiques graves** (psychose, autisme, etc.) étant néanmoins toujours présentes en toile de fond de l'appareil psychique ▶.

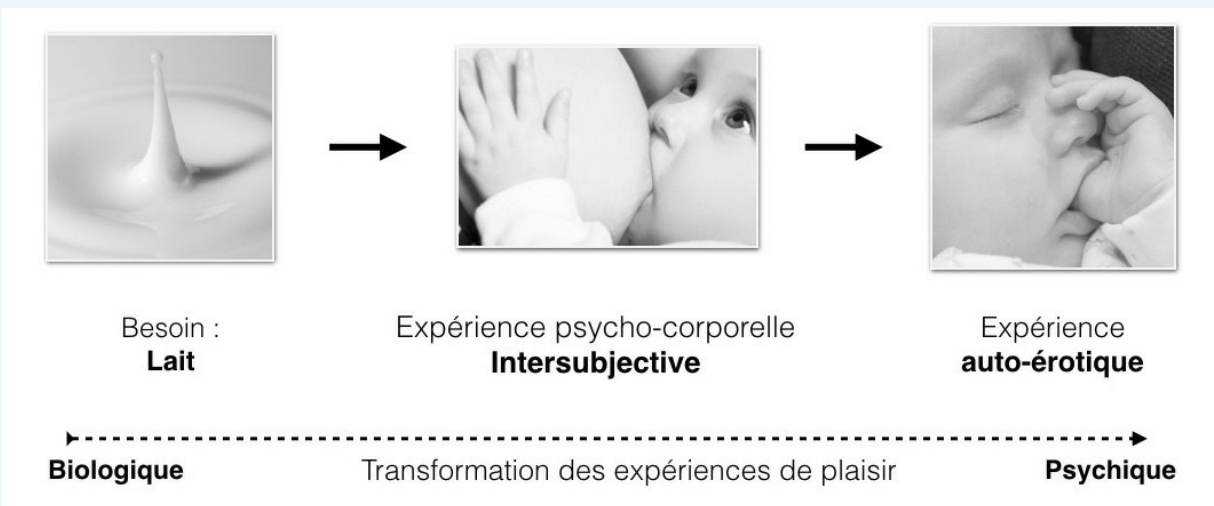
► Pour plus de détails, cf. chapitre 9.

3. Les grands organisateurs infantiles de la réalité psychique

Le développement de la réalité psychique est articulé de manière étroite à certaines zones et fonctions corporelles comme nous venons de l'évoquer

avec les modèles de Bion et Aulagnier. Ces modèles poursuivent et affinent **la théorie de l'étayage** de Freud selon laquelle des zones spécifiques du corps sont nécessaires au travail de symbolisation que sont la bouche, l'anus et le sexe.

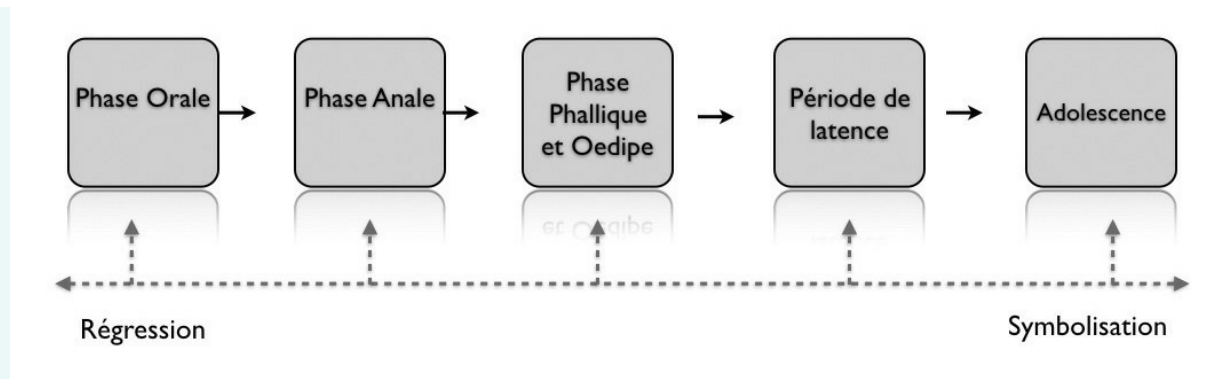
La théorie de l'étayage : du biologique au psychique



Dans cet exemple, le besoin du lait produit initialement la satisfaction de plaisir. Par la suite, cette expérience est transférée sur la tétée associée à une autre forme de plaisir. En son absence, l'enfant trouve alors une forme auto-érotique de plaisir du même ordre par le fait de sucer son pouce. Chaque nouvelle étape symbolise donc l'expérience précédente, dont il demeure néanmoins toujours un reste, jusqu'à l'émergence de la pensée et des modes de symbolisations diversifiés.

Ces **zones** sont dites **érogènes**, car elles sont associées à un **type de plaisir** donné. Elles ont également pour particularité d'être un lieu d'entrée et de sortie de l'espace corporel et sont donc à la limite du dedans et du dehors. Ces zones vont conduire progressivement à une transformation du rapport au plaisir chez le sujet. Le développement psychique de l'enfant se caractérise ainsi par le passage par **différentes phases** (orale, anale, phallique) structurées par ce rapport à ces zones corporelles.

Les phases de développement de la réalité psychique



Chaque nouvelle phase peut être l'occasion de nouvelles acquisitions et d'une diversification des processus de symbolisation. Elles peuvent aussi représenter des points de fixation auxquels les processus de régression pourront également conduire.

Ne pas confondre : Le sexuel et le génital

Quand Freud évoque l'importance du sexuel dans la vie psychique, il désigne la manière dont l'être humain recherche des expériences de plaisir en phase avec le principe de plaisir – déplaisir. On parle ainsi de sexualité infantile pour désigner l'évolution des sources de satisfaction de l'enfant. Ces formes polymorphiques du plaisir auxquelles Freud fait référence avec la notion de sexuel ne doivent pas être confondues avec la sexualité génitalisée de l'adulte qui apparaît bien plus tard dans le développement psychique et biologique.

3.1 Phase orale du développement psychique

La première phase de ce type est dite orale, car elle concerne de manière préférentielle la zone buccale. Il s'agit d'une première forme d'interaction avec le monde marquée en particulier par la bouche. Nous pourrions dire que l'enfant organise et interprète le monde à partir de la bouche et de ses fonctions, d'autant plus qu'il est relativement passif et limité dans les actions qu'il est en mesure de réaliser. Karl Abraham a proposé de distinguer plus précisément le **stade oral précoce** lié davantage à la succion et le **stade oral cannibalique** qui se caractérise par la possibilité pour l'enfant d'exprimer une certaine forme d'exploration et d'agressivité par la poussée des dents et les morsures.

La phase orale est un premier après-coup de l'organisation subjective antérieure qui implique une sortie progressive du narcissisme primaire et une forme d'illusion d'autosatisfaction. Le rapport au plaisir évolue également, ce qui implique un travail de deuil que Paul-Claude Racamier appelle **deuil**

originaire. Le narcissisme primaire laisse cependant des traces dans le fonctionnement psychique dont il demeure un reste – sous forme d'un idéal inatteignable – qui participe du développement de la vie psychique avec cet espoir magique de revenir à cet **idéal premier**[►].

► Cf. sur ce sujet les éléments concernant le moi idéal [ici](#).

La phase orale du développement psychique se caractérise plus largement par ce que Melanie Klein nomme la **position schizo-paranoïde**, prédominante au cours des trois à quatre premiers mois de la vie. Cette position laisse ensuite la place à la **position dépressive** prévalente entre six mois et deux ans. Ces deux positions qui organisent la subjectivité durant les deux premières années peuvent néanmoins faire retour à l'âge adulte. Chacune correspond à des **relations d'objet**, des **formes d'angoisse** et des **défenses spécifiques**[►].

► Cf. [Chapitre 8](#).

Melanie Klein (1946) a développé cette notion de position à partir de nombreuses observations d'enfants. Elle suppose l'existence de **mécanismes de défense précoces** associés à la phase schizo-paranoïde : le déni, le clivage, la projection et l'introjection. Il existerait ainsi des relations d'objet archaïques dont nous gardons la trace dans notre fonctionnement psychique d'adulte. L'enfant évolue ainsi dans un monde composé d'**objets partiels** et se trouve en difficulté pour les unir en un tout cohérent. Ces relations d'objets partiels se caractérisent par un clivage entre le **bon objet** et le **mauvais objet**, le bon sein et le mauvais sein. L'enfant tend ainsi à cliver les objets en fonction de leurs propriétés bonnes ou mauvaises. Ce n'est que progressivement, avec l'entrée dans la position dépressive, qu'une capacité de synthèse de l'objet en un tout cohérent pourra émerger.

Avec la découverte progressive de l'objet et de ses propriétés, l'enfant transforme son rapport à ses expériences de plaisir. Il passe ainsi d'un fonctionnement essentiellement orienté par **l'auto-érotisme** pour se diriger vers une recherche de plaisir pris grâce à l'objet. Ce processus implique néanmoins une certaine ambivalence concernant l'objet, qui est à la fois aimé (par sa présence et la satisfaction qu'il permet) et haï (du fait de son absence et de son caractère imprévisible qui ne permet pas la satisfaction). L'enfant alterne alors entre deux solutions possibles à l'égard de ces nouvelles formes de satisfaction :

Stade auto-érotique : notion proposée par Freud en 1905 dans *Trois essais sur la théorie de la sexualité infantile*, qui désigne une phase dans laquelle le plaisir est pris de manière solipsiste dans la rencontre avec les expériences corporelles.

- le processus de **l'hallucination autoérotique de la satisfaction** qui se produit en l'absence de l'objet. Il s'agit alors de prendre du plaisir avec l'objet en son absence par son invocation hallucinatoire. C'est par exemple le cas quand l'enfant suce son pouce : il reproduit l'expérience de plaisir antérieure vécue au contact du sein maternel ;
- **la satisfaction par l'objet**, en sa présence, qui est liée néanmoins à l'ambivalence décrite précédemment entre amour et haine.

3.2 Phase anale du développement psychique

La phase anale du développement se caractérise par le fait que l'enfant voit son action sur les objets se développer. Il peut observer comment l'objet réagit à son action et de quelle manière il peut avoir une certaine emprise sur lui. L'enfant commence ainsi à ramper, à se déplacer à quatre pattes, à saisir des objets et à les prendre en main. L'enfant devient donc davantage **acteur de sa subjectivité**, commençant à réaliser un certain nombre d'actions par lui-même. Cette capacité s'associe au fait de pouvoir s'absenter du regard maternel (Roussillon, 2008).

Ces différents éléments ont pour conséquence que l'enfant peut à son tour faire vivre certaines choses à ses proches et maîtrise davantage ses propres ressentis. Il peut exprimer un début de volonté et retourner les situations vécues, ouvrant de nouvelles possibilités subjectives. Le sens des relations et de la communication ainsi que la perspective avec laquelle l'enfant interagit avec le monde évolue donc d'une manière essentielle. À cela s'ajoute le fait que l'enfant et la mère se séparent progressivement. La mère retrouve ainsi sa position de femme sexuée adulte conduisant à ce que **Michel Fain** décrit comme la « censure de l'amante », faisant ainsi référence au fait que les pensées de la mère se tournent plus vers le père.

Michel Fain (1917-2007) : médecin et psychanalyste français, a beaucoup travaillé dans le champ de la psychosomatique.

L'expérience princeps, paradigmatique et illustrative de cette phase, est le **contrôle sphinctérien** et plus globalement les logiques relatives à l'analité. La subjectivité tournait antérieurement autour de l'appareil d'emprise (Ferrant, 2001) : le système main-œil-bouche. Ainsi, la bouche concerne l'entrée tandis

que l'anus porte sur la sortie. La bouche concerne le visible, l'anus l'invisible. Le pot change également la donne : il faut produire certaines choses « au bon endroit, au bon moment ». Un certain cérémonial se met ainsi en place (ne parle-t-on pas du « trône » ?). Les parents surveillent les selles de leur enfant. Ils attendent et désirent quelque chose de lui. Celui-ci montre et produit alors quelque chose « lui appartenant » au départ lors de cette expérience. Il perd quelque chose et peut même en éprouver une certaine fierté. L'enfant détient en retour un pouvoir sur le désir des parents et la situation s'inverse selon un retournement proportionnel au sentiment de dépendance qu'il vit habituellement.

C'est aussi une expérience lors de laquelle on transforme du déplaisir (garder en soi) en du plaisir (l'expulsion), ce qui engendre un nouveau rapport aux expériences de satisfaction. Freud parle ainsi d'une **purification du moi** dans la façon dont le moi extériorise les expériences de déplaisir dans le but de prendre du plaisir.

SITUATION CLINIQUE : L'analyté chez l'enfant

Julius, 4 ans, est reçu en consultation car il n'accepte pas de faire ses besoins sur le pot. Cela produit de grandes tensions à la maison, car il ne fait ses selles que dans la couche que sa mère lui a donnée et en allant se cacher dans un coin. Les entretiens mettent en évidence les difficultés éprouvées par le couple parental à mettre des limites à leur enfant, qui semble se transformer en un petit tyran à la maison. Celui-ci ne parvient pas à se soustraire à une forme antérieure de satisfaction du plaisir pour aller vers une forme nouvelle et potentiellement angoissante dans un contexte parental mis en difficulté pour l'accompagner dans cette évolution.

SITUATION CLINIQUE : Analyté et angoisses de morcellement

Le fait de perdre un « bout » de soi et d'avoir conscience de ce mécanisme paraît tellement évident et naturel que nous n'y prêtons plus attention. Chez certains sujets souffrant de pathologies lourdes, souvent associées à des problématiques déficitaires, le rapport aux selles peut être particulier et illustrer ce point.

Par exemple, dans un foyer de vie pour patients psychotiques déficitaires, un jeune adulte souffrant d'une forme grave d'autisme est en difficulté chaque fois qu'il doit se rendre aux toilettes. Dès lors qu'il tire la chasse d'eau, il pousse des cris qui résonnent dans toute l'institution et témoignent d'un véritable effroi. Que se passe-t-il pour lui dans ces moments-là ? Cette expérience produit-elle chez

lui de profondes angoisses de morcellement à travers le prisme de l'analytisme ?

À cette période, l'enfant traverse également de nouvelles expériences par la rencontre avec les objets : il découvre par exemple le malléable et le rigide, le transformable et le non transformable. Les propriétés des objets entrent ainsi en écho avec certaines propriétés psychiques, d'où l'intérêt marqué pour différents objets et matières (Roussillon, 2008). Mais le risque devient alors pour l'enfant d'être possédé par les objets. Les envies et les désirs demeurent donc très bruts et parfois sans concession. Une observation de quelques minutes des interactions entre un enfant et ses jouets en crèche suffit pour s'en convaincre. Cette prise sur l'objet implique donc également un certain lâcher-prise et l'intégration d'un travail de renoncement. Celui-ci n'est accepté que s'il s'agit de renoncer à une forme de satisfaction du plaisir pour une autre même s'il demeure toujours un espoir de revenir aux formes de satisfaction antérieures. On renonce, mais dans l'espoir que « plus tard », on pourra.

Dans le courant de la deuxième année, le **Non** vient alors présenter cette problématique du renoncement. C'est un opérateur symbolique d'une première forme de **Surmoi** qui conduit à accepter que l'on ne peut réaliser ses désirs que de manière partielle, le plus souvent avec l'autre, ou qu'en les différant dans le temps (« quand tu seras grand, tu pourras faire ceci ou cela »). Nous entrons ainsi dans une **nouvelle configuration du désir** qui exige un travail psychique à partir d'une introjection des interdits parentaux donnant naissance au **Surmoi**. L'enfant commence donc à dire « non » à son tour et il intériorise un certain nombre de règles. L'enfant découvre également qu'il existe de « bonnes » et de « mauvaises » manières de faire.

Surmoi : ensemble des interdits qui permettent de réguler le désir, fruit de l'internalisation des interdits parentaux.

Le non s'articule progressivement à une autre logique subjective : celle de devoir se mettre à la place de l'autre. La **théorie de l'esprit** a proposé de larges développements en ce domaine pour mieux comprendre l'émergence de cette capacité à se représenter la psyché d'autrui (Georgieff, 2005). Mais avant de se représenter l'autre, il faut être en mesure de se représenter soi-même. Ce travail de représentation et de reconnaissance de soi – qui se déroule habituellement aux alentours de 18 à 24 mois – se fait notamment par la

traversée du **stade du miroir** décrit initialement par Henri Wallon, en 1931, puis repris par Jacques Lacan du point de vue de ce qu'il révèle de l'organisation de la psyché. Il s'agit d'une expérience nouvelle par laquelle l'enfant reconnaît son image dans le miroir pour la première fois, ce qui nous distingue de la quasi-totalité des espèces animales.

Lacan (1966) insiste plus précisément sur le fait qu'on ne se reconnaît comme Moi qu'à travers son image : le « Je » se précipite ainsi dans une forme visuelle à laquelle il peut s'identifier. Lacan a également insisté sur le caractère **métonymique** de ce processus : la partie (l'image visuelle) représente le tout (le moi). Cette identification à l'image – à la fois symbolisante et aliénante – est le fruit d'un processus complexe qui poursuit le processus de représentation de soi dans le **miroir maternel** décrit par Winnicott. Cette capacité à se représenter par l'intermédiaire de l'objet est une étape essentielle vers le développement des **capacités réflexives**. Le sujet comprend ainsi qu'il peut se voir et qu'il peut être vu de la sorte, de même qu'il peut voir autrui.

L'apparition du **langage** est une autre étape essentielle de cette phase qui modifie le rapport de soi à soi. Le mot commence progressivement à représenter la chose en son absence. L'enfant passe ainsi du maniement des objets au maniement des mots, produisant une véritable révolution subjective par l'entrée dans l'appareil de langage. Un raffinement des modes de symbolisation émerge ainsi par les mots, la grammaire et la stylistique. Le sujet apparaît à lui-même par les mots utilisés aussi bien pour l'échange avec soi que pour la communication avec autrui. Cette évolution subjective par le langage est donc le lieu d'une nouvelle **aliénation**, au-delà de celle déjà induite par le **reflet spéculaire**.

Aliénation : fait d'être dépossédé d'une partie de son être. Ce terme est fréquemment utilisé par Jacques Lacan.

Dans l'image et le mot, il se perd en effet un reste, un quelque chose auquel le sujet n'aura plus accès, une vérité de lui-même et de son désir que Lacan nomme **objet a**. Le désir apparaît ainsi avant tout comme un **manque à être** (Lacan, 2013). Lacan a également insisté sur le fait que **l'inconscient est structuré comme un langage**. La réalité psychique se trouve en effet réorganisée en fonction des logiques du langage. Par exemple, un mot ne prendra sa signification qu'au sein de la phrase dans laquelle il s'insère. Il en est de même, de manière générale, de l'ensemble des productions psychiques

qui ne prennent sens que dans leur contexte global d'émergence.

Hallucination et structure

Le principe décrit par Lacan concernant les liens entre un mot et une phrase est également pertinent pour l'ensemble des productions psychiques. Par exemple, une hallucination pourra être décrite en termes neurobiologiques en précisant certaines zones et groupes neuronaux auxquels elle est liée. Mais la signification ou la fonction de cette hallucination ne pourra être comprise qu'en fonction de son articulation avec la vie psychique dans son ensemble et sa structure sous-jacente. Penser que l'on peut saisir la nature d'une hallucination sans son contexte reviendrait à penser qu'on peut comprendre le sens d'un mot sans connaître la phrase dans laquelle il s'insère.

Un autre exemple aidera à saisir la portée de cette idée : penser que l'on peut étudier le psychisme sans une connaissance de la subjectivité reviendrait à penser que l'on peut réduire la compréhension de la peinture et ses différents courants à partir d'une analyse des couleurs ou de la lumière, comme si la production humaine pouvait se réduire à l'étude de la matière. Cet apport épistémologique majeur proposé par la psychanalyse, ainsi que par la phénoménologie, souligne comment un réductionnisme biologisant ne saurait rendre compte d'une compréhension entière des manifestations de la subjectivité.

3.3 Phase phallique du développement psychique

L'organisation phallique est une nouvelle transformation de la vie psychique qui conduit à réorganiser le rapport à la pulsion. Les questions qui travaillent alors la psyché sont les suivantes : « comment garder ses sources de plaisir ? Comment améliorer les conditions d'obtention du plaisir ? » (Roussillon, 2008). Ces questions sont traitées autour d'une nouvelle expérience princeps qui est la découverte de la différence des sexes et plus précisément sa dimension symbolique représentée par le phallus. Celui-ci représente alors symboliquement un reste du narcissisme primaire et une forme de satisfaction absolue qui est lui liée. L'idéal du narcissisme primaire est ainsi transféré sur le narcissisme secondaire et l'organisation phallique.

Les enfants remarquent à cette période que le sexe est une zone du corps qui n'est pas traitée de la même manière par les parents. Elle est cachée et on ne s'en occupe que dans des lieux privés. C'est sale, mais moins que le derrière, soulignant un déplacement géographique de l'arrière vers l'avant. Son contrôle est plus tardif et plus complexe comparé à l'analité. Cette zone est également liée à une forme de plaisir particulier qui associe évacuation et plaisir auto-érotique. On apprend à l'enfant que ce plaisir-là, on ne peut le prendre en présence de l'autre, il faut le garder pour soi. Le rapport au sexuel témoigne ainsi d'un raffinement des sources de plaisir et le phallus devient

une métaphore de cette évolution. Certaines des questions qui organisent le rapport au plaisir deviennent ainsi : « Est-ce que je l'ai ou est-ce que je ne l'ai pas ? » ou « Est-ce que je peux le perdre ? ».

Les formes multiples du rapport au phallus

Il n'est pas nécessaire de chercher bien loin des signes, chez l'être humain, de ce rapport particulier au désir traversé par la problématique phallique. Comme nous venons de l'évoquer, le désir se structure selon ce que l'on a et comment nous pourrions en obtenir davantage (que l'autre). Cette logique trouvera à s'exprimer de bien des manières : par une projection sur le corps (être le plus fort, le plus rapide, le plus musclé, le plus séduisant, etc.) ou sur les biens qui seront accumulés (posséder, par exemple, une voiture de luxe, une grande maison, etc.). Mais la dimension symbolique du phallus peut être peu métaphorisée quand, par exemple, les hommes évoquent ou comparent la taille de leur sexe comme cela est parfois le cas à l'adolescence...

Dans l'analité, l'organisateur central se joue autour du **couple actif/passif**. Dans l'organisation phallique, il concerne davantage le couple **voyeuriste/exhibitionniste**. Le désir de voir et la curiosité sont donc centraux à cette période. Il se joue des choses autour du regard, de ce qui est montré et de ce qui est caché. L'enfant développe des jeux comme le jeu du docteur et un intérêt pour ce qui se passe dans la chambre des parents est fréquent. La curiosité sexuelle infantile s'étend plus largement à l'ensemble du monde et à ses mystères. C'est l'époque des « comment » et des « pourquoi ». L'enfant cherche à voir, à savoir, mais il cherche aussi à montrer, à se montrer, interrogeant le regard de l'autre dans l'attente d'une confirmation concernant ce qu'il a ou non.

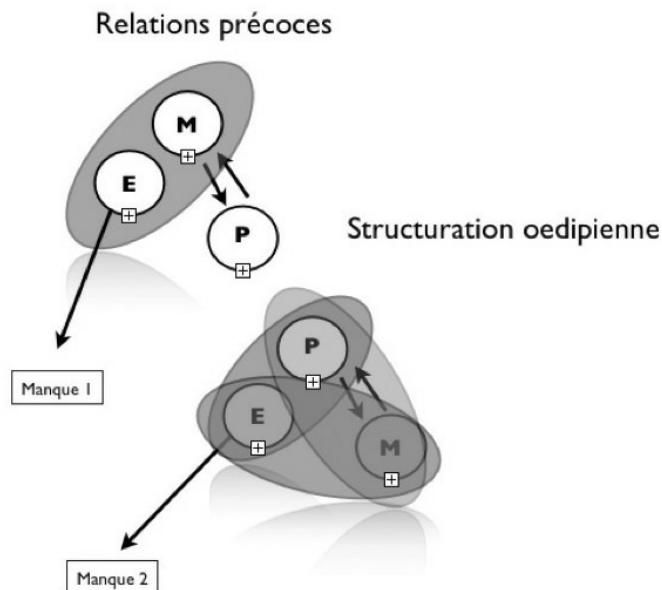
Dans le but de répondre à certaines questions dont la réponse demeure énigmatique à cet âge, l'enfant théorise et interprète le monde en développant des **théories sexuelles infantiles**. Celles-ci sont à la rencontre entre le mode de représentation de l'enfant et la réalité. Par exemple, comment comprend-il la sexualité de l'adulte à partir de ses représentations d'enfant ? Il tente alors de théoriser le monde à travers un certain nombre de fantasmes appelés **fantasmes originaires**. Ceux-ci vectorisent l'activité de symbolisation, car ils scénarisent la vie psychique. Ces fantasmes organisent la psyché dès son origine, mais deviennent parfois conscients durant la phase phallique. On distingue classiquement :

- le **fantasme de scène primitive**, qui concerne la manière dont le sujet se représente la façon dont il a été conçu, appelé également scène originaire. Il s'agit plus largement de parvenir à se représenter que l'on a une origine et que celle-ci découle d'un rapport sexuel et du plaisir pris entre deux adultes (ou du moins de la rencontre entre un spermatozoïde et un ovule) ;
- le **fantasme de castration**, qui porte sur la manière dont le sujet se représente les limites et plus précisément la limite induite par la différence des sexes. Cette question des limites est travaillée en particulier à travers le prisme du phallus et la possibilité de le perdre par la castration. L'enfant pourra également développer certains fantasmes concernant l'origine de la différence des sexes ;
- le **fantasme de séduction**, qui désigne la manière dont le sujet conçoit les rapports de séduction, notamment entre les enfants et les adultes. Ce fantasme est également une première forme de représentation des multiples formes que peut prendre le fait d'être désiré ou de désirer autrui.

4. Du complexe d'Œdipe à la crise pubertaire

4.1 Le complexe d'Œdipe

Le complexe d'Œdipe est un organisateur central de la personnalité, une matrice de sens nouvelle qui concerne la façon dont l'enfant intègre le fait d'être « le fils ou la fille de » et « d'être né de la rencontre sexuée d'un père et d'une mère ». Ceci implique un travail psychique complexe et une conflictualité nécessitant d'intégrer la **différence des sexes et des générations**. Cette nouvelle organisation subjective, qui trouve son acmé entre trois et cinq ans, suppose également de parvenir à passer de relations duelles à des relations à trois. Ce complexe est contemporain de la phase phallique que nous venons d'aborder.



Le complexe d'Œdipe découle notamment de la capacité pour le psychisme à structurer ses modes relationnels de deux à trois, ce qui implique des niveaux de complexification supplémentaires. À noter que dans ces deux organisations, le rapport au manque se structure également différemment, ce sur quoi Lacan a largement insisté, notamment avec le schéma R.

Le complexe d'Œdipe conduit également à intégrer certaines limites inhérentes à notre être : « je ne peux pas être à la fois un homme et une femme, je ne peux pas être le père ou la mère de mes parents, je dois également respecter des interdits » et en particulier un interdit central dans les sociétés humaines : **l'interdit de l'inceste**. On parle de crise œdipienne lors de la confrontation à ces différentes limites qui s'opposent au principe de plaisir et qu'il faut être en capacité d'internaliser dans de bonnes conditions. Cette rencontre avec l'interdit de l'inceste est le symbole d'une capacité à intégrer les limites de manière plus générale, ce qui permet la structuration et la maturation du psychisme. Le sujet passe ainsi d'un fonctionnement dit **anté-oedipien** à la **structuration œdipienne**.

SITUATION CLINIQUE : Le complexe d'Œdipe

Dylan a cinq ans. Sa mère a pris rendez-vous avec le Centre Médico-Psychologique pour des

troubles du comportement à l'école maternelle et à la maison. Il rentre dans de terribles colères dès lors que lui sont imposées des limites. Il se présente en entretien sur une petite moto à pédales, avec un blouson en cuir et des tatouages en décalcomanie. Il explique au psychologue que quand il sera grand il aura une grosse moto. Sa mère précise en entretien être séparée du père depuis deux ans. Depuis la séparation, Dylan dort avec sa mère, car il faisait des cauchemars. Pendant l'entretien, Dylan dessine un grand cœur rose qui emplit entièrement la feuille de dessin et au centre duquel il place le nom de sa mère avant de le lui donner.

Dans ce type de situation, l'enfant peut avoir le sentiment qu'il a remplacé le père dans le lit parental (le parent peut également trouver un intérêt à cette situation sur le plan fantasmatique). Mais cette situation a créé potentiellement une grande confusion qui rend difficile pour l'enfant la capacité à intégrer la castration. Il en découle souvent une incapacité à tolérer la frustration et les limites, mais aussi une grande culpabilité due à la transgression et la mise en acte de fantasmes inconscients.

Ne pas confondre : Réussir ou traverser son Œdipe

On ne réussit pas ou ne dissout pas son Œdipe. On ne saurait davantage se débarrasser de son complexe d'Œdipe ou le supprimer, comme on l'entend parfois. L'Œdipe est un organisateur que l'on traverse et qui conduit à un certain nombre d'aménagements ou de solutions. Tout au long de la vie, le sujet demeure structuré par ce complexe, même si le rapport à celui-ci peut être particulier dans certaines structures, comme cela est le cas dans la psychose ou la perversion.

Cf. [Chapitre 8](#) pour plus de détails.

Le complexe d'Œdipe est par ailleurs souvent présenté sous son aspect le plus caricatural qui consiste à dire que l'enfant en viendrait à **désirer inconsciemment le parent du sexe opposé**. Par exemple, le petit garçon souhaitera inconsciemment prendre la place de son père afin d'accéder à la relation privilégiée que ce dernier entretient avec sa mère. Ce processus est toujours double et concerne également le parent du même sexe que l'enfant, car il s'agit fondamentalement de **refuser la tiercéité**.

Exemple : Le film *Mommy*

Un excellent exemple des processus œdipiens est donné par le film *Mommy*, réalisé par Xavier Dolan en 2014. Dans ce film, on voit de quelle manière Steve, un jeune souffrant de troubles du comportement et de l'attention, n'est pas en mesure de refouler son désir pour sa mère, Diane, dans un contexte de deuil de son père. La problématique œdipienne est prégnante durant l'ensemble du film et se traduit d'ailleurs par un baiser de Steve à sa mère. La scène dans la cuisine, lors de laquelle Steve et Diane dansent ensemble, en présence de leur voisine, illustre également le retour de la problématique œdipienne à l'adolescence. Une distance suffisante ne semble pas envisageable entre cette mère et son fils, en l'absence de tiers, les menant progressivement vers un dénouement tragique, illustration

contemporaine du mythe d'Œdipe.

Le mythe d'Œdipe

Freud s'est appuyé sur le mythe d'Œdipe comme métaphore de cet organisateur central de la personnalité. Dans ce mythe, Œdipe en vient à tuer son père, Laïos, roi de Thèbes, sans savoir qu'il en était le fils, puis à épouser sa mère, Jocaste, après avoir répondu à l'énigme posée par le Sphinx (« Quel être, pourvu d'une seule voix, a quatre jambes le matin, deux jambes à midi, et finalement trois jambes le soir ? ») à l'entrée de Thèbes. Lorsque Œdipe découvre la véritable identité de ses parents, il se crève les yeux de désespoir. Ce mythe exprimerait ainsi le désir de tout un chacun de posséder le parent du sexe opposé, mais également le prix à payer lors d'une mise en acte de ce fantasme dans la réalité.

Débat : Le complexe d'Œdipe : un fantasme universel ?

Dans quelle mesure le complexe d'Œdipe est-il universel ? Tous les êtres humains sont-ils nécessairement traversés par des désirs œdipiens ? Comme tous les concepts psychanalytiques, le complexe d'Œdipe n'est pas une vérité en soi mais une boussole qui aide à penser la clinique. Il ne devient donc pertinent qu'à partir de ce qui sera rencontré auprès des patients. En l'occurrence, le travail clinique au contact d'enfants sera souvent éclairé par ce concept tant il est fréquent d'entendre dans la bouche des enfants des éléments appartenant à la constellation œdipienne (« si maman n'était pas là, j'irais vivre sur une île avec papa ! »). Mais cette notion trouve peut-être sa meilleure illustration lorsque le psychologue travaille au contact de familles très démunies et dans lesquelles le complexe d'Œdipe joue peu ou pas sa fonction structurante. La fréquence des relations incestuelles met malheureusement en évidence la facilité avec laquelle certaines familles transgressent cet organisateur central de la personnalité et les effets désastreux que cela produit sur la vie psychique de l'enfant. La transgression de l'interdit de l'inceste, au-delà du fait qu'elle est punie par la loi, engendre ainsi des effets extrêmement délétères sur la réalité psychique.

Les conflits engendrés par le complexe d'Œdipe impliquent un travail psychique qui peut conduire à différentes formes de souffrance et d'expression psychopathologiques chez l'enfant (Roussillon, 2008). On note en particulier :

- la **régression** à un mode d'organisation antérieur (oral ou anal) face à la difficulté d'intégration du complexe d'Œdipe. Par exemple, l'enfant développera un symptôme encoprétiq, s'agissant d'un mode d'organisation qu'il maîtrise davantage et qui évite la complexité des enjeux

œdipiens ;

- le **retour à des traces du fonctionnement dyadique** en faisant couple avec l'un des deux parents et en tentant d'exclure l'autre. On se trouve alors dans un refus de la tiercéité. Cela peut donner lieu aussi à une attaque du lien parental. Il est particulièrement dommageable pour l'enfant quand les parents se séparent dans la réalité, car cela peut alors lui donner le sentiment que sa dynamique fantasmatique en est venue à se réaliser ;
- le fait de **redevenir à tout prix le centre d'attention** dans le but de retrouver l'attention qui lui était dévolue lors des phases antérieures de son développement. Cela peut se traduire par le fait de devenir difficile et insupportable.

Une intégration réussie du complexe d'Œdipe nécessite au contraire que l'enfant puisse « jouer » avec celui-ci en s'autorisant à explorer les différents mouvements psychiques qu'il induit (par le jeu, les identifications, etc.). Le complexe d'Œdipe devient alors suffisamment structurant et évite des effets de confusion.

C'est également une période durant laquelle l'enfant apprend à renoncer à certaines formes de réalisation de ses désirs. L'enfant internalise alors de manière plus mature les interdits parentaux, développant progressivement le **Surmoi** considéré comme « **l'héritier du complexe d'Œdipe** ». L'enfant trouve également un substitut aux désirs œdipiens en s'identifiant à ses parents. À défaut de pouvoir être le partenaire privilégié de sa mère, le petit garçon pourra essayer de devenir comme son père en développant les mêmes attributs. Cet idéal parental donnera naissance à **l'idéal du moi**, forme idéalisée des attentes parentales complémentaires au Surmoi. L'ensemble de ces éléments conduit plus largement au développement des processus de sublimation, de l'imaginaire et du jeu.

Ne pas confondre : Incestueux et incestuel

Le terme incestueux concerne la mise en acte des fantasmes œdipiens entre un enfant et un adulte. Le grand nombre de procès pour inceste témoigne de la fréquence de ce type de passage à l'acte dans notre culture. Il est d'ailleurs souvent très difficile pour les enfants de rompre le secret qui entoure ce type de transgression. Dans certaines familles, ces fantasmes ne conduisent pas à un passage à l'acte à proprement parler, mais à des manières d'être et de faire qui rappellent la dynamique de l'inceste. Racamier (1995) propose ainsi le terme d'incestuel pour désigner ce type de processus.

4.2 La période de latence

Il s'agit d'une période d'autonomisation lors de laquelle les activités motrices sont très investies. L'enfant utilise davantage les représentations, le langage et l'écriture. Il joue avec les mots d'une manière plus précise, ce qui affine **l'activité réflexive**.

L'enfant découvre également de nouveaux milieux, l'école par exemple. Il produit de nouveaux jeux et devient celui qui détermine certaines règles. Il rencontre également le **groupe de pairs** et d'autres organisations familiales, découvrant à cette occasion un certain relativisme familial ou culturel. Ces différents éléments lui permettent de préciser ses envies et ses choix. L'enfant en période de latence alterne ainsi des moments d'**exploration de nouveaux espaces** (par exemple, aller dormir chez son meilleur ami) et le retour au cocon familial rassurant.

Cette période est donc marquée par une grande importance des **apprentissages cognitifs et sociaux** en préparation de l'adolescence. Cela ne signifie pas pour autant que cette période de la vie ne pourra pas être marquée par de profondes souffrances chez certains enfants.

La Psychanalyse des contes de fées de Bruno Bettelheim

Dans *La Psychanalyse des contes de fées* (1976), Bruno Bettelheim propose une analyse des rouages inconscients des contes pour enfants. Le caractère métaphorique des contes permet d'évoquer les processus inconscients et la difficile intégration de la conflictualité psychique (Chouvier, 2015). Le conte de *Blanche Neige* apparaît ainsi comme l'illustration des conflits œdipiens entre la mère et la fille lors du passage de l'enfance à l'adolescence. Le sommeil dans lequel tombe Blanche Neige – qui sera réveillée par un baiser du prince – peut être interprété comme le temps d'attente qui caractérise la phase de latence : l'enfant est « équipé » psychiquement pour la rencontre amoureuse, mais il doit encore attendre le développement biologique qui lui permettra de devenir adulte...

4.3 L'adolescence et le pubertaire

L'adolescence produit son cortège de remaniements psychiques dans la foulée de la puberté et de la maturation biologique et sexuelle que celle-ci induit. Ces remaniements – que **Philippe Gutton** appelle **le pubertaire** (2013) – produisent une modification du rapport au plaisir par l'apparition de la **jouissance sexuelle**. Il s'agit ainsi pour l'adolescent et l'adulte en devenir de passer d'une sexualité infantile prégénitale à une sexualité adulte génitalisée. Le rapport sexuel et l'expérience orgasmique induisent en effet une solution

pulsionnelle nouvelle qui n'est pas sans produire un certain malaise dans le processus de symbolisation.

Philippe Gutton : professeur de psychologie clinique, psychiatre et psychanalyste, spécialiste de l'adolescence.

Cette nouvelle phase du développement psychique se caractérise en particulier par un **afflux d'excitation** que l'appareil psychique doit être en mesure de canaliser et de transformer. Durant la phase de latence, l'enfant joue « pour faire semblant », pour « de rire », ce qui vient cadrer l'activité pulsionnelle ou du moins la limiter à certains espaces d'expression. Cet afflux d'excitation relance les processus de symbolisation demeurés en souffrance. L'adolescence est l'occasion d'une reprise et d'un déploiement des zones de fragilité antérieures et des échecs dans la maturation de ce qui n'a pu être expérimenté auparavant. Des parties du soi non intégrées auront donc tendance à faire retour dans le processus de subjectivation. Celles-ci pourront concerner une remise en jeu de l'ensemble des strates de la psyché, l'adolescence produisant ainsi un effet grossissant sur les logiques de symbolisation dans leur ensemble. Cette réorganisation psychique reprend donc les problématiques infantiles demeurées en suspens et relance leurs potentialités dont le pendant est la situation de **crise** dans laquelle se trouve l'adolescent.

► Cf. [Chapitre 5](#), l'entretien clinique avec l'adolescent.

Les éléments archaïques et préœdipiens trouveront en particulier à s'exprimer à travers la part bébé du soi qui fera retour à la faveur des processus pubertaires. **Ernest Jones** (1957) rappelait ainsi que « l'adolescent est plus près du premier âge que de la seconde enfance ». En témoignent les états de fusion dans lesquels peuvent se trouver fréquemment les adolescents avec leurs parents, leurs pairs, leurs amours ou leurs idoles. Les fondements primaires du fonctionnement psychique deviennent à nouveau transformables, donnant lieu à l'expression de haines primitives inexplorées et de logiques de clivage et d'idéalisation caractéristiques de la **position schizo-paranoïde**. La rencontre avec la sexualité gardera de la même manière l'empreinte des relations primaires, Freud soulignant que « trouver l'objet sexuel n'est en somme que le retrouver ». Ces retrouvailles avec le corps à corps primaire, complexifiées par la génitalité et de nouvelles logiques du désir, se feront avec plus ou moins de facilité. Elles viendront notamment

questionner la et **l'homosexualité primaire** convoquées dans la rencontre amoureuse.

Ernest Jones (1879-1958) : psychiatre et psychanalyste britannique, qui a notamment été l'auteur de la première biographie de Freud.

Bisexualité psychique : hypothèse proposée par Freud selon laquelle chaque être humain aurait un potentiel bisexuel (féminin/masculin) à partir duquel se développent les traits homosexuels et hétérosexuels.

Homosexualité primaire : organisation précoce de la réalité psychique dans laquelle soi et l'autre sont dans un état d'indifférenciation. Il s'agit alors de rencontrer un autre suffisamment identique selon une logique en double.

Ce travail du pubertaire permet donc à l'adolescent de découvrir et de s'approprier progressivement sa **sexualité**. Il effectue des allers-retours entre des positions prégénitales et des positions génitales d'adulte. Le plaisir génital s'étaye en effet sur le plaisir prégénital, les préliminaires (l'œil, la main, la bouche) apparaissant comme une liaison du plaisir prégénital au plaisir génital. Quand cette évolution se fait dans de bonnes conditions, l'adolescent passe d'une activité masturbatoire auto-érotique à une sexualité à deux. Il doit alors être en mesure de « survivre » à la sexualité (l'orgasme n'est-il pas nommé « petite mort » ?) qui demande un certain lâcher-prise et un abandon de soi. Certains se refuseront à cette entrée parfois inquiétante dans la sexualité et le désir de l'autre, préférant rester dans une position **ascétique**. À l'inverse, d'autres réagiront par une sexualité déshumanisée, brute et sans affect, qui pourra paradoxalement se présenter comme un moyen d'éviter la sexualité en la réduisant à sa dimension purement corporelle.

Ascèse : discipline du corps et de l'esprit qui vise à un certain idéal par le renoncement, en particulier au plaisir charnel.

On observe en particulier une reprise après-coup de certains éléments psychique relatifs à la sexualité génitalisée, inscrits en l'enfant et qui demeureraient énigmatiques jusqu'à présent. **Jean Laplanche** suppose ainsi que les soins maternels précoces implantent chez l'enfant des **signifiants énigmatiques** qui sont le vecteur du processus de symbolisation de par leur caractère énigmatique. Ces signifiants sont resignifiés selon les logiques de la sexualité génitalisée et les expériences actuelles de la puberté éclairent et retravaillent cette énigme originale. L'adolescent cherche ainsi à comprendre ce qui se cache au-delà des apparences. Il s'interroge sur des forces cachées qui organiseraient le monde, ces questionnements pouvant conduire à une **pulsion épistémophilique**, parfois exacerbée chez l'adolescent et le jeune

adulte. Plus largement, l'adolescence est aussi une période mettant au travail certains questionnements fondamentaux concernant le sens de la vie. La curiosité de l'enfant en période de latence semble ici se trouver catalysée. Ces questionnements conduisent l'adulte en devenir à faire des choix qui auront un impact sur sa vie future, ce qui nécessite également un travail de deuil de certaines possibilités.

Jean Laplanche (1924-2017) : professeur de psychologie clinique, philosophe et psychanalyste français connu notamment pour son célèbre *Vocabulaire de psychanalyse*, ses *Problématiques* et sa théorie de la séduction généralisée.

Pulsion épistémophilique : pulsion portant sur le développement du savoir et l'accumulation de connaissances.

Les logiques infantiles de l'organisation œdipienne sont ainsi reprises dans **l'après-coup adolescent** et la cohérence de la structuration psychique se doit de résister à la pulsionnalité : « c'est comme si l'on mettait du vin nouveau dans de vieilles outres » explique Winnicott, qui rappelle ainsi comment l'appareil psychique est mis à rude épreuve sous le coup des processus pubertaires. La rencontre par l'adolescent du corps de l'autre se fait alors de manière plus ou moins harmonieuse selon la capacité à transformer les identifications parentales en de nouveaux objets d'investissement. Ceux-ci se doivent d'être paradoxalement suffisamment identiques et différents pour maintenir le sentiment de continuité d'existence et permettre la construction d'une identité originale dans la rencontre avec l'autre.

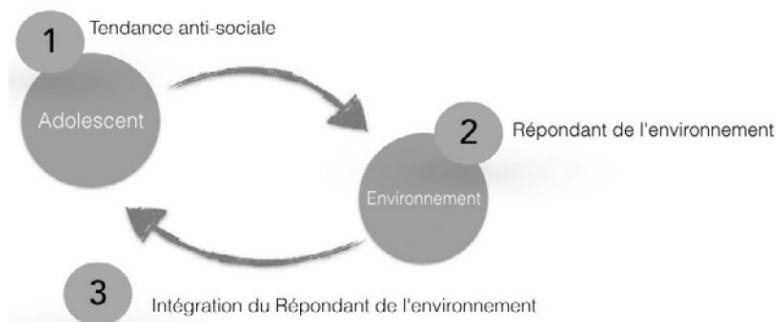
L'adolescent se heurte alors fréquemment au fait qu'il révèle, à son insu, le fonctionnement familial non symbolisé. Il remet malgré lui sur le devant de la scène pubertaire les éléments familiaux inélaborés, produisant parfois en retour un effet de saisissement chez des parents qui réagissent de manière défensive, en stigmatisant l'adolescent dont la fonction miroir est difficilement intégrable. Mais la période de turbulence familiale parfois induite par l'adolescence peut aussi s'avérer l'occasion, pour les parents, de réélaborer ce qui, de leur propre histoire, n'a pu être transformé.

Face à l'ensemble de ces remaniements, l'adolescent est fragile sur les plans narcissique et identitaire. L'appareil psychique du pubère se doit en effet de prendre le relais de l'appareil psychique parental. Face à ce travail psychique d'émancipation, l'adolescent traverse des phases de **régression** et de **repli** souvent marquées par l'ennui et la morosité, fruits d'un refus d'investir un monde inquiétant. Il pourra s'agir à l'inverse d'un hyperinvestissement du

monde environnant mettant davantage à l'œuvre les défenses maniaques. Cet investissement trouvera en particulier à s'exprimer à travers le groupe et ce que Winnicott nomme « la tendance antisociale ».

L'adolescent utilisera alors de manière préférentielle le langage de l'acte pour symboliser son expérience. Le **passage par l'acte** permet ainsi de se réapproprier quelque chose de soi selon un double mouvement d'introjection pulsionnelle et de continuité de l'activité de symbolisation en appui sur les modes de symbolisation antérieurs. Ce passage par l'acte permet ainsi d'exister et de se sentir vivant, mais il peut être source de désorganisation, l'adolescent étant parfois « sidéré » par ce qui joue alors de lui-même par ce biais. Le groupe aide également l'adolescent à se sentir exister au travers du regard des autres et des expériences partagées et mises en scènes par ses membres. Les comportements extrêmes auxquels il sera ainsi conduit parfois seront fréquemment associés à certaines formes du processus de symbolisation adolescent ne pouvant s'exprimer qu'aux limites. Leur intégration dépendra alors de la qualité du répondant de l'environnement (Winnicott, 1994).

Fig. 7



DISPOSITIF CLINIQUE : Le photolangage ©

Il est parfois difficile pour un adolescent de parler de lui lors d'un entretien individuel en face-à-face. Le groupe sera donc très utile pour cette population mais ne pourra se réduire uniquement au groupe de parole. L'adolescent ayant souvent un attrait marqué pour l'image, le dispositif photolangage s'avère pertinent pour soulager la souffrance adolescente (Vacheret, 2000). Dans celui-ci, les participants choisissent une ou plusieurs images en fonction d'une consigne initiale

proposée par le psychologue (par exemple : « comment vous sentez-vous aujourd'hui ? »). Chacun évoque ensuite ce qu'il voit sur la photo qu'il a choisi, les raisons pour lesquelles il a fait ce choix et commente également les photos des autres participants. Le groupe aide ainsi à se représenter ce que l'on projette de soi sur la photo, que l'on ne voit pas toujours spontanément.

L'ensemble de ces éléments donne lieu à **une crise adolescente** plus ou moins marquée selon les sujets. L'adolescent alterne fréquemment le repli et la régression avec la recherche d'autonomie et d'indépendance. Il développe souvent un fonctionnement psychique très labile, proche d'un **fonctionnement limite**, normal à cet âge, qui sera marqué par le clivage et l'idéalisation, menant par exemple à l'idolâtrie de certaines figures identificatoires ou le refuge potentiel dans l'engagement idéologique (Chouvier, 1998b). Ainsi, par leur nature même, ces différentes solutions adolescentes ne seront pas sans présenter de risques dans ce travail délicat d'appropriation et de différenciation de soi. La toxicomanie, les troubles alimentaires, la dépression, les passages à l'acte marqués par la violence, la dérive idéologique, les tentatives de suicide, voire, en dernier lieu, les défenses psychotiques, seront différentes formes de réaction dans le but de se protéger de la souffrance intense que ressent l'adolescent.

► Cf. [Chapitre 8](#).

Les évolutions sociales et culturelles viendront également colorer ces solutions qui ont aussi pour fonction d'interroger la société dans laquelle les adolescents évoluent. L'usage actuel du **virtuel** (Facebook, Instagram, Snapchat, etc.) complexifie et catalyse ces processus dans un monde truffé d'informations et de miroirs potentiels. Les solutions trouvées semblent parfois d'autant plus extrêmes, dans une recherche effrénée de soi et de ses limites. Il s'agit alors pour toute société d'être en mesure de contenir et d'accepter que ceux qui sont amenés à la composer aient ainsi besoin de s'écarter de la norme, ce qui s'avère parfois d'autant plus complexe lorsqu'elle vise à prévenir tout risque potentiel. Le clinicien sera alors celui que l'on viendra trouver lorsque la souffrance de l'adolescent et de ceux qui l'entourent se fera trop grande ou trop bruyante dans le champ social.

SITUATION CLINIQUE : Le refuge internet chez l'adolescent

Étienne est un garçon de 15 ans reçu en consultation en Centre Médico-Psychologique. Un bilan cognitif met en évidence un quotient intellectuel très élevé. Décalé par rapport aux adolescents de son âge, il est envahi d'une grande tristesse au point qu'il ne parvient plus à se rendre au lycée. Il reste alors chez lui la journée durant et « absorbe », telle une éponge, tout ce qu'il peut trouver sur Internet, tentant manifestement de juguler ainsi les angoisses existentielles qui l'assaillent : « Quel est le sens de la vie ? Pourquoi meurt-on ? Qui suis-je ? ». La « fausseté » du monde qu'il découvre lui est insupportable et le conduit à un sentiment d'absurdité et de futilité dont il ne parvient pas à se défaire, développant un profond vécu d'inutilité qui l'empêche de se projeter dans un éventuel futur.

Cette préoccupation pour le monde contraste avec le peu d'empathie qu'il éprouve à l'égard de ses proches et de ses camarades. Il donne ainsi le sentiment d'être comme « désincarné », semblant fuir les dimensions agressives et sexuelles des processus pubertaires par une forme d'ascétisme bien décrite par Anna Freud (1958). Cette tentative de neutralisation du pubertaire conduit alors bien souvent à la dépression car la pulsionnalité sous-jacente ne parvient pas à s'exprimer convenablement, la colère se transformant progressivement en une tristesse envahissante.

À RETENIR

- La **réalité psychique** correspond à un niveau de réalité spécifique qui obéit à des logiques différentes des réalités matérielles et biologiques. Plusieurs **indicateurs** aident à explorer son fonctionnement et ses processus : associativité, transfert, ratés, situations limites, symptômes, symbolisation. La **métapsychologie psychanalytique** est une boussole dans l'exploration de cette réalité.
- Le **processus de transformation** qui donne naissance à la réalité psychique peut être conceptualisé en distinguant les **processus primaires** et les **processus secondaires** ainsi qu'un certain nombre de principes de base : **plaisir-déplaisir**, **réalité**, **constance**, **compulsion de répétition**.
- L'émergence de la **subjectivité** provient tout d'abord de rapports particuliers entre la mère et l'enfant durant l'**intersubjectivité primaire**. L'expérience sensorielle diffractée de l'enfant est progressivement contenue en un **ensemble cohérent** dans la rencontre avec le corps, le visage et la voix de la mère. L'expérience de soi se développe ainsi dans la **rencontre avec l'autre** et sa **fonction miroir**.
- L'intersubjectivité laisse une trace dans le fonctionnement psychique du sujet en devenir dans un espace psychique particulier appelé aire transitionnelle. Par les soins maternels, l'enfant développe ainsi des fonctions de **holding**, **handling** et d'**objet presenting**. Le développement de la psyché passe également par l'intégration de la **fonction alpha** qui transforme la matière biologique en matière psychique.
- La **théorie de l'étayage** suppose l'existence de zones particulières du corps sur lesquelles s'étayent le développement psychique et ses rapports au plaisir. On distingue les phases **orale**, **anale** et **phallique** qui correspondent chacune à des propriétés particulières entre le sujet et son environnement.
- Le complexe d'Œdipe est un **organisateur central de la personnalité** qui permet à l'enfant de se représenter le fait d'être « le fils ou la fille de » et « d'être né de la rencontre sexuée d'un père et d'une mère ». Il implique un travail psychique complexe nécessitant d'intégrer la **différence des sexes et des générations** ainsi que l'**interdit de l'inceste**.
- Le **pubertaire** désigne le processus de maturation psychique qui émerge à l'adolescence à partir de la maturation biologique conduisant au développement de la **sexualité génitalisée**. Cela mène certains adolescents à une situation **de crise** et à un **fonctionnement limite** marqué fréquemment par des modes

de symbolisation du registre du **passage par l'acte**.

NOTIONS CLÉS

- Accordage affectif
- Aire transitionnelle
- Complexe d'Œdipe
- Intersubjectivité primaire
- Métapsychologie
- Narcissisme primaire et narcissisme secondaire
- Passage par l'acte
- Phases orale, anale et phallique
- Processus primaires et secondaires
- Pubertaire
- Réalité psychique
- Sexuel et génital
- Signifiant énigmatique
- Transformation psychique

POUR ALLER PLUS LOIN

BETTELHEIM B. (1976), *Psychanalyse des contes de fées*, Paris, Pocket.

BION W. (1962), *Aux sources de l'expérience*, Paris, PUF, 2003.

BOWLBY J. (2002), *Attachement et perte*, vol. 1-vol. 3, Paris, PUF.

GUTTON P. (2013), *Le pubertaire*, Paris, PUF.

KLEIN M. (1957), *Envie et gratitude*, Paris, Gallimard, 1967.

LACAN J. (1949), « Le Stade du miroir comme formateur de la fonction du Je : telle qu'elle nous est révélée dans l'expérience psychanalytique », *Revue Française de Psychanalyse*, 13, 4, p. 449-455.

ROUSSILLON R. et coll. (2007), *Manuel de psychologie et psychopathologie clinique générale*, Paris, Masson.

WINNICOTT D. W. (1989), *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*, Paris, Gallimard, 2000.

ENTRAÎNEMENT

QUIZZ

1. En quoi la réalité psychique se distingue-t-elle des autres formes de réalité ?
2. Quels sont les principaux indicateurs qui aident à comprendre le fonctionnement de la réalité psychique ?
3. Quelles sont les différences entre les processus primaires et les processus secondaires ?
4. En quoi consiste la compulsion de répétition ?
5. Dans une célèbre citation, Winnicott explique qu'« un bébé... » ?
6. Quels sont les trois types de soins maternels dégagés par Donald Winnicott ?
7. Quelles sont les deux positions conceptualisées par Melanie Klein ?
8. Que sont les fantasmes originaires ?
9. Quelle instance psychique est classiquement supposée être « l'héritière du complexe d'Œdipe » ?
10. Quelle est la différence entre l'incestuel et l'incestueux ?

Exercices et approfondissement

- Choisissez un conte présenté dans l'ouvrage *Psychanalyse des contes de fée* et tentez d'en proposer une interprétation que vous pourrez ensuite comparer aux analyses de Bruno Bettelheim.
- Regardez le film *Mommy* et réalisez une étude de cas du personnage principal afin de mieux saisir les processus adolescents ainsi que leur articulation avec la problématique œdipienne et le TDAH.
- Consultez les cours de René Roussillon diffusés en ligne concernant la réalité psychique : <https://www.youtube.com/watch?v=8Druqwt9eHU&t=4498s>



Qu'allons-nous étudier dans ce chapitre ?

- Nous allons aborder les différents modes d'expressions de la souffrance psychique sur le plan psychopathologique.
- Après quelques réflexions portant sur les différentes manières de concevoir et de classer les maladies mentales, nous présenterons le modèle structural.
- Ceci nous conduira à passer en revue les principales formes d'expressions psychopathologiques (névrotiques, psychotiques, états-limites) et leurs spécificités.

CHAPITRE 8

Souffrance psychique et psychopathologie

PLAN DU CHAPITRE

- [1. Les classifications des maladies mentales](#)
- [2. Les troubles névrotiques](#)
- [3. Les troubles psychotiques](#)
- [4. Les états-limites](#)

1. Les classifications des maladies mentales

Avant de proposer des éléments relatifs aux différentes classifications mentales, quelques mots s'imposent concernant le normal et le pathologique. Comme le montrent notamment les réflexions de **Georges Canguilhem** dans *Le normal et le pathologique* (1966) il existe de nombreuses acceptions de ces deux termes et diverses manières de considérer leur articulation. La question de la normalité, associée elle-même à l'idée de **norme**, renvoie par exemple à différentes représentations, que ce soit sur le plan statistique ou social, conduisant à considérer une affection ou un comportement comme étant pathologique ou non. Les liens entre le normal et le pathologique interrogent également leur différence en termes de degré ou de nature. Ainsi, une pathologie psychique est-elle une forme distincte du fonctionnement normal ou bien témoigne-t-elle de processus habituels poussés à leur paroxysme ? Il n'existe pas de réponse univoque à ces questions et nous renvoyons le lecteur aux travaux de Canguilhem pour mieux saisir les différentes perspectives envisageables.

Georges Canguilhem (1904-1995) : philosophe et médecin qui a proposé des réflexions épistémologiques approfondies dans le champ de la médecine, la biologie et la science.

Sur le plan de la psychopathologie, la psychologie clinique propose un regard complémentaire à celui de la perspective médicale en tentant d'aborder certaines problématiques subjectives. Il s'agit plus précisément d'essayer de comprendre la souffrance humaine du point de vue de l'intériorité, dans le but de dégager les processus psychiques que l'on trouve

à son origine. Cette exploration de la psychopathologie sera donc guidée par cette interrogation : « *pourquoi et comment cet autre être humain souffre-t-il ?* ». En ce sens, il s'agit de proposer une représentation raisonnée et raisonnable de la souffrance humaine dans le but de la rendre intelligible et de la prendre en charge (Roussillon *et al.*, 2007).

1.1 Les classifications médicales et psychiatriques

Les nosographies psychiatriques ont pour fonction de **classer les maladies mentales** selon les symptômes présentés par le patient. Ceux-ci sont interprétés et organisés sous forme de signes cliniques. Mais il convient d'emblée d'avoir à l'esprit qu'on ne peut classer les maladies mentales comme on classe certaines maladies somatiques. Elles ont en effet tendance à fortement varier et évoluer selon les cultures et les époques, ce qui rend ce travail de classification délicat. Une autre difficulté concernant la classification des maladies mentales provient du fait que nous ne sommes pas en mesure, comme cela peut l'être pour des maladies somatiques, de déterminer précisément leurs origines sur le plan biologique. Par conséquent, ces classifications utilisent essentiellement les éléments symptomatiques sans déterminer précisément les facteurs sous-jacents à l'origine des pathologies psychiatriques.

Ces classifications sont régulièrement mises à jour à partir de consensus entre experts internationaux, en tenant compte des éléments que nous venons d'évoquer, mais également des avancées de la recherche, dans le but de déterminer la manière la plus cohérente de classer les entités psychopathologiques. Les deux classifications actuellement les plus utilisées au niveau international sont :

- La **Classification Internationale des Maladies** (actuellement, dixième édition et donc nommée couramment CIM 10) qui est utilisée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour l'ensemble des maladies. Elle vise à « permettre l'analyse systématique, l'interprétation et la comparaison des données de mortalité et de morbidité recueillies dans différents pays ou régions à des époques différentes ». La version 10 a été diffusée en 1994 et la version 11 est prévue pour 2018. Le chapitre V (codes allant de F00 à F99) correspond aux troubles mentaux. Cette classification est utilisée pour la cotation des actes dans les hôpitaux français et le

psychologue clinicien pourra donc être amené à l'utiliser dans ce contexte.

► La CIM 10 est consultable à cette adresse : <http://taurus.unine.ch/icd10>

- Le **Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux 5** (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5) est publié par l'Association Américaine de Psychiatrie (APA). La version 5 a été diffusée en février 2018. Cette classification est davantage utilisée dans le champ de la recherche. Elle sera par exemple utile pour déterminer les critères nécessaires lors d'une étude portant sur un trouble donné afin de réaliser des groupes homogènes de patients. La version abrégée du DSM-5 peut s'avérer utile, étant plus facile à consulter.

► Le DSM 5 est consultable en partie à cette adresse : www.dsm5.org

Débat : Controverses autour du DSM-5

La parution de la dernière version du DSM a donné naissance à de vifs débats concernant sa pertinence. Allan Frances, le directeur de la version précédente de ce manuel diagnostique, ainsi que l'Association Américaine de Psychologie ont publié des critiques argumentées portant sur les choix orientant cette nouvelle version. Le DSM-5 a également été fortement critiqué aux États-Unis par le *National Mental Health Institute* qui l'a jugé non scientifique car ne produisant pas une classification s'appuyant sur des critères biologiques clairement déterminés.

Ces débats proviennent en grande partie du fait que le DSM repose sur un accord entre experts impliquant certains présupposés qui peuvent ne pas faire l'unanimité. Ainsi, si le DSM-5 est parfois présenté comme une classification se voulant « a-théorique », celle-ci est notamment critiquée pour le fait qu'elle refuse de considérer qu'elle est déjà en soi une forme de représentation de la maladie mentale.

Cela n'invalide pas l'intérêt des classifications internationales et le besoin d'un certain consensus, mais l'ensemble de ces éléments invite à une certaine prudence concernant la nature et l'objectif de ces classifications ainsi que la portée de leur usage dans les pratiques de soin. En particulier, il est essentiel que la composante psychique et dynamique de la souffrance mentale ne soit pas réduite uniquement à sa lecture biologique.

1.2 Les classifications psychodynamiques

L'approche psychodynamique propose des repères complémentaires concernant la classification et la compréhension des troubles mentaux. De ce point de vue, nous pourrions considérer les classifications psychiatriques comme la face émergée de l'iceberg. Elles aident à comprendre les maladies mentales en fonction de ce que l'on peut observer de manière **objective** et **manifeste**. Les classifications psychodynamiques proposent quant à elles des

éléments pour comprendre la partie immergée de l'iceberg, relative à des éléments **latents** et plus **difficilement objectivables**. Les controverses et les oppositions qui existent parfois entre ces deux niveaux proviennent du fait que l'épistémologie utilisée (explication *vs* compréhension) n'est souvent pas la même.

Une deuxième métaphore anatomique aidera à comprendre cette complémentarité potentielle entre ces deux niveaux d'analyse : la CIM et le DSM-5 permettent de catégoriser les maladies mentales comme on pourrait classer les types de cellules en fonction de leur forme en utilisant un microscope classique. L'approche psychodynamique propose quant à elle de classer les cellules en fonction de leur structure interne et de leur logique de fonctionnement. Il ne s'agit pas alors de s'attacher aux éléments relatifs à une forme de surface, mais à une vision plus profonde pour mieux se représenter la dynamique de l'organisme et son fonctionnement interne (la difficulté étant que cette étude plus en profondeur conduit à des champs plus difficilement accessibles à l'observation dans le domaine de la réalité psychique).

Dans le champ psychanalytique lui-même, il existe plusieurs manières de comprendre et de théoriser les origines des maladies mentales et, plus largement, des troubles psychiques. Des auteurs comme Freud, Klein, Bion, Lacan, Jung et bien d'autres proposent des façons d'appréhender la maladie mentale qui peuvent largement différer. On ne peut donc restreindre les classifications psychanalytiques à un seul modèle. Il existe néanmoins un ouvrage qui propose un certain consensus au niveau international concernant la compréhension des maladies mentales du point de vue psychodynamique : il s'agit du **Manuel Diagnostique Psychodynamique** (*Psychodynamic Diagnostic Manual*, PDM), rédigé par des membres de L'*International Psychoanalytical Association* et la division 39 de l'*American Psychological Association*. La deuxième version du PDM a été publiée en 2017. Ce manuel s'appuie sur les concepts psychanalytiques pour proposer un point de vue complémentaire à la CIM et au DSM, tout en proposant des illustrations cliniques aidant à la compréhension plus fine des troubles.

1.3 Le modèle structural

Il existe donc de multiples façons de présenter la souffrance psychique et les

troubles mentaux selon le référentiel théorique choisi. Afin d'éviter de proposer un mélange de ces différentes représentations qui pourrait prêter à confusion, nous avons choisi de nous appuyer essentiellement sur le modèle structural proposé par **Jean Bergeret**. Ce modèle, comme tout modèle psychopathologique, est bien sûr critiquable, mais il offre une base possible relativement facile à cerner (à noter qu'il existe d'autres modèles qui offrent une lecture structurale, en particulier le modèle lacanien). Nous proposerons également des ouvertures vers des classifications plus contemporaines lorsque cela nous semblera pertinent afin de tenir compte d'évolutions récentes dans le champ des classifications psychiatriques.

Jean Bergeret (1923-2016) : professeur de psychologie clinique à l'Université Lyon 2, médecin, psychologue clinicien et psychanalyste. Il est connu en particulier pour son modèle structural, ses travaux sur les personnalités limites et la vie psychique du fœtus.

Le modèle structural, développé initialement dans les années 1970, offre plusieurs repères pour comprendre les troubles psychiques. Il a depuis été « mis à jour » par l'école lyonnaise (Brun *et al.*, 2013, 2016 ; Roussillon *et al.*, 2007), en soulignant davantage que ne le faisait Bergeret la dynamique processuelle, l'importance du rôle de l'objet dans le développement psychique et la polarité somatique. Ce nouveau modèle, dit **processuel**, insiste sur l'idée qu'un même sujet peut être organisé selon différents types de processus, même si Bergeret évoquait déjà la possibilité qu'il existe différentes lignées de processus chez une même personne. Nous tiendrons compte également de ces avancées théoriques issues du modèle processuel dans notre brève présentation des différentes formes psychopathologiques.

Ne pas confondre : Modèle structural et modèle processuel

Le modèle processuel peut être considéré comme un approfondissement du modèle structural. Il en reprend les mêmes hypothèses mais les organise de manière plus souple et davantage orientée par une lecture privilégiant la notion de processus. Ainsi, le concept de pôle d'organisation est préféré à celui de structure. On distingue en particulier les pôles d'organisation psychotique, névrotique, narcissique-identitaire et somatique. Cette évolution dans les modèles est peut-être aussi à entendre comme une évolution dans la structure même du sujet dans notre culture, qui semble favoriser l'émergence des souffrances narcissiques-identitaires.

Nous allons donc décrire dans les grandes lignes, tout en l'aménageant sur certains points, le modèle de Bergeret (1985 ; 1972). Celui-ci précise le modèle proposé par Freud dans *Les nouvelles conférences* (1936) dans lesquelles celui-

ci compare le psychisme à un cristal dont on ne peut déterminer les lignes de fracture que lorsqu'il se casse : « Si nous jetons un cristal par terre, il se brise, mais pas n'importe comment, il se casse suivant des directions de clivage en des morceaux dont la délimitation, bien qu'invisible, était cependant déterminée à l'avance par la structure du cristal. Des structures fêlées et fissurées de ce genre, c'est aussi ce que sont les malades mentaux. »

L'analyse structurale propose ainsi plusieurs repères pour détailler comment le sujet, tel un cristal, est structuré selon certaines logiques repérables. Dans cette optique, les symptômes ne prennent véritablement leur sens qu'en fonction de la structure au sein de laquelle ils s'insèrent. Le modèle structural de Bergeret distingue ainsi trois organisations en fonction du type d'**angoisse**, de **mécanisme de défense** et de **relation d'objet**. À partir de ces trois indicateurs, Bergeret identifie deux grandes structures (la névrose et la psychose) et les astructurations (états-limites), que l'on peut résumer brièvement ainsi :

- La **structure névrotique** : la psyché est vectorisée par le complexe d'Œdipe et la reconnaissance de la différence des sexes et des générations. L'angoisse de castration est prédominante ainsi que le refoulement, qui apparaît comme la modalité défensive principale. La névrose ne produit pas à proprement parler une cassure dans le fonctionnement psychique et les symptômes névrotiques expriment de façon métaphorique les conflits que le moi ne parvient pas à élaborer.
- Les **états-limites** : la différence des sexes et des générations n'organise que partiellement le fonctionnement psychique. L'Œdipe se présente sous forme d'une triade narcissique qui distingue les grands et les petits ainsi que les forts et les faibles. Le mécanisme de défense qui prévaut dans cette organisation est le clivage. Les états-limites peuvent conduire à différentes formes d'**aménagements** (qui sont des sortes d'équilibres dont les mécanismes sous-jacents sont communs mais qui produisent des expressions pathologiques distinctes). Par exemple, dans les perversions, l'autre est utilisé à des fins narcissiques sans tenir compte de son altérité. Chez les états-limites positionnés sur un versant anaclitique, l'angoisse principale est l'angoisse de perte et l'autre est utilisé comme appui narcissique.
- La **structure psychotique** : il y a échec de la structuration œdipienne. La

différence des sexes et des générations n'organise plus le fonctionnement psychique. Les angoisses sont très archaïques (par exemple, les angoisses de morcellement) et les mécanismes de défense sont très lourds (clivage, déni, projection). Les conflits sont expulsés dans l'environnement et peuvent faire retour sous forme de délires et d'hallucinations, suite à un épisode de décompensation.

Fig. 1

Modèle structural de Bergeret

Structure	Instance dominante	Angoisse	Mécanisme de défense	Relation d'objet
Névrose	Surmoi	Castration	Refoulement	Génitale
Psychose	Ça	Morcellement	Déni	Fusionnelle
Etat Limite	Idéal du Moi	Perte d'objet	Clivage	Anaclitique

■ Le type d'angoisse

L'angoisse accompagne la vie humaine de même que la souffrance. Elle n'est donc pas pathologique en elle-même et peut apparaître comme la conséquence du travail psychique dans sa rencontre avec différentes situations. Elle a également une fonction de **signal** et s'avère utile pour le fonctionnement psychique. En rapport des émotions comme la peur, la colère ou le stress, l'angoisse est articulée d'une manière plus complexe à la réalité psychique et ne peut être réduite à une simple expression neurobiologique. Les formes que peut prendre l'angoisse sont d'ailleurs excessivement variées.

À ne pas confondre : Émotion et affect

L'émotion est un terme utilisé en particulier dans les sciences cognitives. Il s'agit d'un ressenti corporel de base qui concerne essentiellement la sphère consciente. L'affect décrit pour sa part la manière dont les émotions sont organisées et structurées de façon inconsciente dans un champ de représentations. De ce point de vue, on peut considérer l'affect comme une forme subjectivée d'émotion.

Les états autistiques chez l'enfant (1986), de Frances Tustin

Le travail clinique auprès d'enfants autistes confronte à des enfants parfois en très grande

souffrance. Ceux-ci sont envahis d'angoisses extrêmement intenses qui ont été étudiées par Frances Tustin (1986). Il s'agit d'essayer de se représenter, à partir des indices que nous donne l'enfant, le type d'angoisse qu'il rencontre, afin de parvenir à l'accompagner et à le soulager au mieux. Une meilleure représentation de la souffrance d'autrui est souvent un élément essentiel pour développer une prise en charge adaptée. Celle-ci permettra par exemple d'anticiper l'émergence des angoisses de l'enfant autiste, dont la source peut être très variable d'un sujet à l'autre.

Les deux théories de l'angoisse chez Freud

Freud a proposé deux théories de l'angoisse qui s'associent dans le fonctionnement psychique. La première correspond à cette formule célèbre de Freud : « l'angoisse névrotique est un produit de la libido, comme le vinaigre est un produit du vin » (1920). Cela signifie que la libido se transforme en angoisse quand la pulsion qui lui est liée ne peut atteindre son but. Il proposera une deuxième théorie de l'angoisse dans *Inhibition, symptômes et angoisse* (1926). L'angoisse est alors conçue comme une fonction du Moi et un signal de déplaisir. C'est alors la menace de la perte d'objet qui sera considérée comme prédominante dans son apparition.

Chaque étape du développement psychique est associée à des **formes d'angoisses spécifiques**. Certaines d'entre elles seront particulièrement primitives, d'autres toucheront davantage la sphère des processus de **séparation-individuation**, tandis que des angoisses plus élaborées seront liées à la structuration œdipienne. Les angoisses peuvent en outre se mêler et se combiner entre elles. Par exemple, une expérience traumatique précoce générera des **angoisses anaclitiques** qui pourront être réorganisées ultérieurement par des angoisses de castration. L'étude de cas, dans une perspective structurale, s'appuiera sur l'analyse du type d'angoisse prédominante. Voici la description succincte de certaines d'entre elles, des plus primitives aux plus élaborées :

Séparation-individuation : concept proposé par la psychanalyste Margaret Mahler à propos des différentes phases qui permettent à l'enfant de se séparer de sa mère, contemporaines du processus de différenciation en tant que sujet. Un échec de ce processus serait au cœur de certaines pathologies graves de l'enfance selon cette auteure.

Angoisse anaclitique : angoisse d'abandon ou de perte d'objet, centrale dans les problématiques états-limites.

- **Angoisse d'anéantissement** : angoisse primitive dans laquelle le sujet a le sentiment de disparaître et de ne plus exister. Il est habituellement très difficile pour le sujet de mettre en mots une angoisse d'une telle intensité[►].

► Cf. Situation clinique : Des angoisses innommables, [ici](#).

- **Angoisse de morcellement** : Elle correspond à la sensation de partir en morceaux, de se démembrer ou de se fragmenter. Elle implique déjà une forme de représentation d'un contenant, en comparaison des angoisses d'anéantissement. De même que l'angoisse précédente, il s'agit d'une angoisse que l'on retrouve habituellement plutôt chez des sujets psychotiques[►].

► Cf. Situation clinique : Analtité et angoisses de morcellement, [ici](#).

- **Angoisse de vidage** : Le sujet a l'impression de perdre un bout de lui-même sur le mode du vidage. Il ne contient plus ni son corps ni sa vie psychique et décrit l'impression de se vider. Il évoque ainsi un sentiment d'hémorragie psychique. Ce type d'angoisse est lié aux premières enveloppes psychiques et souligne un grave défaut de contenant.
- **Angoisse d'intrusion** : Impression d'être intrusé que ce soit par des objets, **des personnes**, des ressentis, des voix, etc. Elle est par exemple présente dans certaines pathologies autistiques quand le sujet semble envahi par un bruit. Elle peut se combiner à des angoisses plus organisées et relatives à la différence des sexes, donnant lieu alors à des angoisses de pénétration dans le champ névrotique.
- **Angoisse anaclitique** : Angoisse davantage présente dans les problématiques états-limites, qui se traduit par un vécu de perte intense sur le mode de l'abandon, de la perte d'appui et de la chute. Elle pourra s'exprimer fréquemment à la suite d'une séparation (rupture amoureuse, deuil, etc.) suscitant des angoisses intenses et amenant le sujet à éviter autant que possible ce type de situation.
- **Angoisse de castration** : Angoisse centrale de la structuration œdipienne. À l'origine, elle est liée à la différence des sexes et à sa représentation fantasmatique. Elle concerne plus globalement la crainte de perdre sa force, ses capacités, ses biens, ses possibilités ou sa créativité. Elle organise la subjectivité du sujet névrotique qui a peur de « ne pas bien faire » ou « de ne pas faire assez bien », voire « de faire moins bien que... ». Elle entretient une dialectique complexe avec la culpabilité quand elle donne lieu à des mouvements de transgression. L'angoisse de castration devient source de souffrance quand le désir qui lui est lié ne peut jamais être satisfait, révélant ainsi la dialectique complexe qu'elle entretient avec le manque.

SITUATIONS CLINIQUES : L'angoisse de castration au quotidien

Chacun expérimente quotidiennement les angoisses de castration, celles-ci structurant la vie psychique du sujet « normalement » névrosé. Par exemple, pour un étudiant, ne pas avoir une bonne note, ne pas réussir un examen, ne pas passer dans l'année supérieure ou ne pas pouvoir réaliser le travail que l'on souhaite sont autant de limites possibles qui renvoient potentiellement à l'angoisse de castration. De manière générale, l'ensemble des désirs est articulé aux angoisses de castration par une configuration complexe associant : désir, castration, manque et culpabilité. Jacques Lacan (1958) a étudié dans le détail ces questions, notamment dans son séminaire portant sur le désir et son interprétation.

Un désir insatiable...

Juliette, âgée de 28 ans, consulte un psychologue en libéral pour une psychothérapie. Elle a longtemps hésité, car elle recherchait un clinicien « idéal » qui saurait réellement l'aider. Après des études brillantes et un poste à haute responsabilité dans le champ de la haute finance, Juliette consulte pour un état d'ennui et de morosité présent depuis de nombreuses années et dont elle ne comprend pas l'origine. Elle ne se sent pas vraiment satisfaite de son travail et a l'impression d'être un imposteur. Elle n'est pas davantage convaincue par sa relation de couple. Lors des entretiens, elle raconte comment il lui arrive de désirer ardemment un objet, par exemple un canapé ou une table basse du dernier designer à la mode. Elle espère pendant des semaines, voire des mois, pouvoir se procurer ce bien. Lorsque ce jour arrive enfin, elle est systématiquement déçue et se désintéresse aussitôt de l'objet tant désiré. Cela engendre chez elle un sentiment chronique d'insatisfaction qui ne lui permet pas de profiter pleinement de la vie comme elle le souhaiterait. Cette situation illustre une problématique névrotique dans laquelle le désir et la castration ne sont pas bien « articulés ». Le sujet semble alors ne pouvoir exprimer du désir que dans le manque, ce qui conduit à ce sentiment d'insatisfaction chronique dont l'entourage pâtit fréquemment.

- **Angoisses de pénétration** : Elle est par certains aspects le pendant inverse de l'angoisse de castration. Elle se traduit par une angoisse d'intrusion métaphorisée par l'organisation génitalisée. Elle est souvent liée à des fantasmes œdipiens et peut, par exemple, conduire à des troubles sexuels comme le vaginisme. D'une manière plus métaphorique, tout ce qui peut conduire à une forme de pénétration (par exemple, sur le plan des idées) pourra s'avérer angoissant pour le sujet.

■ Les mécanismes de défense

Face à ces différentes formes d'angoisse, le psychisme peut recourir à des mécanismes de défense dans le but de **maintenir son équilibre interne** selon

le principe de constance. Ces mécanismes permettent ainsi de garder une certaine cohérence entre les mouvements internes du sujet (régis notamment par le principe de plaisir) et la rencontre avec la réalité. Les mécanismes de défense apparaissent ainsi comme un outil de **régulation de la vie psychique**. Il existe de nombreux mécanismes de défense et Serban Ionescu (2012) en dénombre pas moins de 29 dans un ouvrage récent. Le fait de repérer les mécanismes de défense prédominants chez un sujet aide à mieux comprendre sa structure et sa dynamique psychique. De même que les angoisses, les mécanismes de défense évoluent en fonction du développement du sujet. Voici la description de certains d'entre eux, des plus primitifs aux plus secondarisés :

- **Agrippement/cramponnement** : Le sujet s'agrippe de manière compulsive et archaïque à un objet ou une personne. Le but est ainsi de lutter contre des angoisses de désintégration et de néantisation par cette tentative d'agrippement à l'objet. Ce type de mécanisme apparaît quand la différenciation moi/non-moi n'est pas bien établie. On le retrouve notamment dans le fonctionnement psychique du bébé qui tend ainsi à s'agripper réellement à certains objets. Les mêmes mécanismes se retrouvent chez les patients en état traumatique et chez certains patients psychotiques.
- **Démantèlement** : Afin d'éviter une expérience subjective pénible, voire inélaborable, le sujet tend à démanteler son expérience en se fixant sur un élément sensoriel en particulier. Ce mécanisme est fréquent lors d'épisodes traumatiques, permettant au sujet de « s'échapper » psychiquement. On le voit notamment dans les tableaux autistiques, le sujet semblant alors être happé par un objet ou un élément sensoriel qui le coupent de son environnement.

SITUATION CLINIQUE : L'agrippement

Dans la série américaine *Shot in the Dark* (2017), un reporter qui a l'habitude d'intervenir rapidement lors d'accidents de la route commente une petite séquence vidéo dans laquelle une jeune femme grièvement blessée attrape son manteau qui se trouve à côté d'elle. Elle l'agrippe frénétiquement, comme si cet objet avait pour elle une grande valeur, tandis qu'elle est emmenée dans une ambulance. Le reporter fait alors un commentaire intéressant en expliquant que cette manière de s'agripper à un objet dans une situation de crise de ce type est quasiment

systématique. Le même mécanisme d'agrippement est fréquent dans de nombreuses situations traumatiques, permettant à la fois au sujet de rassembler son expérience dans l'objet et de détourner son attention des événements traumatiques qu'il est en train de vivre.

- **Déni** : Ce mécanisme conduit le sujet à se couper d'une partie de la réalité. La perception elle-même est abolie et le sujet ne perçoit plus certains éléments de son environnement sur le mode de **l'hallucination négative**. Il s'agit d'un mécanisme lourd typique de la psychose.

Hallucination négative : au sens restreint, désigne le processus par lequel un élément perceptif est aboli ou supprimé. Ce processus est l'inverse de l'hallucination qui « ajoute » un élément de manière hallucinatoire.

Ne pas confondre : Déni psychotique et « déni » névrotique

Un certain nombre de termes issus de la psychologie, la psychiatrie et la psychanalyse finissent par rentrer dans le vocabulaire commun, ce qui est le cas du déni. Mais l'usage populaire du terme désigne en réalité davantage le refoulement ou la dénégation (« tu es dans le déni ! »). Classiquement, le terme de déni correspond à un mécanisme de défense très lourd qui porte sur une suppression de la perception elle-même et que l'on voit habituellement dans la psychose.

- **Clivage du Moi** : Face à une situation traumatique, l'une des solutions trouvées par le psychisme consiste à garder une partie du Moi au contact de la réalité tandis qu'une seconde partie est entièrement tournée vers le monde interne. Dans les cas les plus extrêmes, cela pourra prendre la forme de personnalités multiples appelées aussi **trouble dissociatif de l'identité** (TDI).

Trouble dissociatif de l'identité : trouble dissociatif grave et dans lequel le sujet semble clivé en plusieurs personnalités. La nature et l'origine de ce trouble font l'objet de nombreux débats.

- **Identification projective** : Mécanisme de défense mis en évidence par Melanie Klein qui consiste à se débarrasser d'un contenu mental intolérable en le projetant dans l'objet en vue de le manipuler. Il ne s'agit donc pas d'un simple mécanisme de projection, le lien à la partie projetée étant maintenu de manière indifférenciée.
- **Projection** : Mécanisme décrit notamment par Freud dans lequel une représentation est refoulée avant d'être projetée dans l'environnement. Si on la compare à l'identification projective, il s'agit davantage d'une évacuation de la représentation. Elle peut concerner un objet individuel ou être

diffractée sur plusieurs objets.

Le Président Schreber

La projection est parfois liée à des mécanismes de retournement, comme l'illustre le cas de Danie Paul Schreber qui était président de chambre à la cour d'appel de Dresde en Allemagne. Celui-ci a décrit dans le détail son vécu lors d'une décompensation dans *Les mémoires d'un névropathe* en 1893. Afin de rendre compte des processus paranoïdes, Freud fait l'hypothèse d'une forme de pulsion homosexuelle sous-jacente transformée inconsciemment selon la logique suivante : j'aime cet homme > je ne l'aime pas, je le hais > je ne le hais pas, c'est lui qui me hait et me persécute. Un processus du même ordre est illustré en partie par le personnage du colonel Fitts, dans le film *American Beauty* (1999), réalisé par Sam Mendes. Ce personnage, homophobe et paranoïaque, semble parvenir difficilement à réprimer des pulsions homosexuelles refoulées.

- **Clivage au moi** : Dans le clivage au moi, le Moi reste entier, mais il se coupe d'une partie de certaines expériences, celles-ci n'étant alors pas intégrées dans la subjectivité. Il s'agit d'un mode de réaction à une expérience traumatique précoce, comme les agonies primitives. À l'image d'un bateau de croisière dont la coque serait abîmée, une partie du bateau est condamnée en fermant certains compartiments dans le but de garder le bâtiment à flot. Le psychisme fonctionne de la même manière, à la différence près que cette partie clivée demande à faire retour dans la subjectivité sous forme de ce que Winnicott décrit comme des craintes de l'effondrement.
- **Clivage de l'objet** : Il s'agit d'un processus de clivage de l'objet marqué par la position schizo-paranoïde avec l'incapacité d'accéder à la position dépressive. Le sujet clive l'objet en bonnes ou mauvaises parties, comme le fait le bébé avec le bon et le mauvais sein.
- dans lesquels l'expression des affects est largement réprimée.
 - Alexithymie** : difficulté à identifier et ressentir ses émotions, fréquente dans les problématiques psychosomatiques.
- **Formation réactionnelle** : Le sujet produit un comportement ou une pensée qui se présente de manière inversée par rapport aux processus inconscients qui lui sont liés. Chez certains patients, un besoin d'ordre et de rangement de nature obsessionnelle viendra par exemple masquer une volonté inconsciente de tout détruire sur le mode **sadique-anal**.

Sadique-anal : Correspond à l'organisation de la libido sous le primat de la zone érogène anale. La

dimension sadique concerne le fait de vouloir à la fois détruire et maîtriser l'objet, ce que l'on retrouve dans le fonctionnement du sphincter anal et ses logiques d'évacuation et de rétention.

- **Refoulement** : Le refoulement est le mécanisme central des organisations névrotiques. Il consiste à ne pas laisser advenir à la conscience certaines représentations. Celles-ci sont bloquées dans l'inconscient du fait de la censure. Le refoulement donne lieu parfois à un retour du refoulé qui conduit au transfert du **quantum d'affect** associé à la représentation initiale sur une autre représentation, comme cela est le cas dans certaines phobies.

Quantum d'affect : Désigne, dans le modèle de l'économie psychique proposé par Freud, une quantité d'affect liée à une représentation. Cette quantité peut être en particulier augmentée, déplacée, diminuée et déchargée.

- **Annulation rétroactive** : Elle consiste à tenter d'annuler une pensée ou une représentation par une action ultérieure exprimée le plus souvent sur le mode de la pensée magique et de la toute-puissance. Ce mécanisme, qui apparaît quand le refoulement est insuffisant, est très présent dans les Troubles Obsessionnels Compulsifs dans lesquels le sujet utilise différentes actions dans le but de lutter contre certaines pensées et affects.
- **Dénégation** : La représentation passe le refoulement et le filtre de la censure, mais le sujet maintient la représentation à distance. Par exemple, un rêve est raconté dans lequel le sujet décrit un fantasme œdipien qui implique sa mère, mais lorsqu'il raconte celui-ci, il explique que le personnage féminin ressemble à sa mère, mais qu'il n'a aucun lien avec elle.

■ Les relations d'objet

Dans les théories freudiennes, l'objet est ce par quoi la **pulsion** se trouve satisfaite. Cet objet dont la pulsion a besoin peut être interne (une partie du corps) ou externe (un objet réel ou une personne). Par exemple, le sein sera un objet permettant à la pulsion d'assouvir le besoin de nourrissage. En ce sens, les premières relations d'objet sont marquées par les zones érogènes (orale, anale, phallique) et les pulsions dites **partielles** qui leur sont liées.

► Cf. [ici](#).

Ce rôle de l'objet dans le fonctionnement psychique sera progressivement précisé, en particulier grâce aux apports de Melanie Klein, qui suppose que le bébé n'est pas en mesure de se représenter les objets dans leur totalité. Ainsi, le bébé « clive » son environnement, et notamment la mère, en plusieurs bouts en fonction des différentes parties du corps de celle-ci, comme le sein (à

l'image des tableaux dans le cubisme). Ces parties sont elles-mêmes l'objet d'un clivage entre celles qui sont jugées bonnes ou mauvaises en fonction des mouvements de projection de l'enfant. Les premières périodes de la vie se caractérisent donc par des **relations d'objet partielles** et il faudra attendre l'avènement de la position dépressive pour que le sujet soit en mesure d'accéder à une **représentation de l'objet comme un tout unifié** (à commencer par sa mère). Ce processus d'unification de la représentation de l'objet nécessite un travail psychique qui pourra se désagréger quand le sujet régresse à une position ou un fonctionnement schizo-paranoïde. Par exemple, à un degré qui ne touche pas la perception elle-même, le sujet aura des difficultés à se représenter à la fois les qualités ou les défauts d'une personne, préférant ne la concevoir que selon une perspective donnée.

La relation d'objet dans les perversions : le fétiche

La notion d'objet partiel peut sembler obscure et difficile à se représenter. La clinique des perversions en offre néanmoins une illustration tout à fait édifiante. Dans ce type d'organisation, le sujet semble régresser à des relations d'objet partielles et développe un attachement étrange à des objets ou parties du corps (pieds, mains, etc.). Il est fréquent que ce processus soit lié à une forme de jouissance sexuelle qui ne pourra advenir que par la satisfaction associée à cet objet dénommé fétiche. Celui-ci met particulièrement bien en évidence un mode de satisfaction pulsionnel organisé selon des pulsions et des relations d'objet partielles.

Bion et Winnicott ont par la suite précisé le rôle de l'objet dans la constitution du psychisme. Bion, avec le modèle de la **fonction alpha** qui permet le développement et la maturation psychique. Winnicott a également mis en évidence comment les relations d'objet que le sujet entretient à son environnement témoignent des relations intersubjectives de son enfance.

► Cf. [Chapitre 7](#).

► Cf. [Chapitre 7](#).

À noter également que la notion d'objet a été largement retravaillée par Jacques Lacan, qui s'est pour sa part interrogé sur son articulation avec le désir, en développant la notion **d'objet a**. Il a ainsi proposé des avancées originales concernant l'objet a en tant que forme de reste inélaboré du psychisme qui aime le désir.

Objet a : concept proposé par Lacan pour désigner l'objet du désir reprenant la notion d'agalma –

l'objet de bien – de Platon. Il correspond à un manque qui ne peut jamais être symbolisé.

De manière plus générale, l'objet est également à concevoir du point de vue des **aménagements** qu'il permet. Dans les toxicomanies, par exemple, l'objet a souvent pour fonction d'éviter un effondrement dépressif et emplit progressivement l'ensemble de la subjectivité et des logiques du désir.

Il existe donc une pluralité de théorisations possibles quant aux caractéristiques de l'objet, sa constitution et sa fonction dans le psychisme. Le repérage des différentes relations d'objet se trouve éclairé par ces théories. En France, **Maurice Bouvet** fut l'un de ceux qui a le plus insisté sur la notion de **relation d'objet** en précisant ses caractéristiques. Dans cette perspective, on considère habituellement que :

Maurice Bouvet (1911-1960), psychiatre et psychanalyste spécialiste des relations d'objet et du transfert.

- la relation d'objet est marquée par sa dimension **partielle** dans les organisations psychotiques, ce dont on trouve également des traces chez les états-limites. Ce caractère partiel de la relation d'objet est également lié à une forme de fusion ou d'indifférenciation à l'objet ;
- les organisations névrotiques se caractérisent en revanche par une relation à l'objet davantage **unifiée et totalisante**, ce qui implique une reconnaissance suffisante de l'altérité de l'objet et de l'autre.

Sur le plan clinique, il s'agira donc de parvenir à repérer l'ensemble des éléments permettant de comprendre les relations d'objet du sujet, qu'il s'agisse de la dynamique transférentielle, de la manière d'interagir avec ses proches et son environnement, du rapport à soi-même, voire même de sa relation aux objets matériels. Il est ainsi possible de produire une représentation des relations d'objet qui nous informe sur les formes antérieures de relation auxquelles le sujet a été confronté.

Nous allons à présent décrire les **trois grandes organisations** du modèle structural que sont les **structures névrotiques**, les **états-limites** et les **structures psychotiques** en fonction des différents indicateurs que nous venons d'évoquer.

Notre objectif ne sera pas tant de proposer une classification détaillée et « atomisante » (comme le fait le DSM 5 par exemple) que de souligner un certain nombre de **processus psychopathologiques** et la **continuité processuelle** qui les unit. Cette approche a pour intérêt de montrer la

cohérence et les processus sous-jacents à ces différents troubles entre eux. Nous n'aborderons pas non plus certains troubles plus spécifiques (par exemple, pour n'en citer que quelques-uns, les troubles psychiques du sujet âgé, le handicap, les problématiques liées à la douleur, les psychoses hallucinatoires chroniques, etc.). Nous ne traiterons pas non plus spécifiquement, dans le cadre de cet ouvrage, de la **psychopathologie infantile** (Chouvier, 2008 ; Dollander & De Tychev, 2002 ; Serge Lebovici, Diatkine, & Soulé, 2004). Sur ce sujet, nous renvoyons le lecteur au petit encart ci-dessous, ainsi qu'aux éléments pathologiques évoqués dans le chapitre 5 (concernant l'entretien avec l'enfant et l'adolescent) et dans le chapitre 7 concernant le développement de la réalité psychique et de ses avatars, qui donnent déjà quelques points d'appui en ce domaine.

La psychopathologie infantile

La psychopathologie chez l'enfant et l'adolescent partage certains traits communs avec celle de l'adulte mais s'en distingue également largement, du moins dans son expression. Il existe d'ailleurs une classification spécifique : la **Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent (CFTMEA)** développée initialement sous la direction de Roger Misès et dont la dernière version fut publiée en 2012. Outre les troubles développementaux (troubles du spectre autistique^{*}, troubles du langage et de la parole, troubles cognitifs, troubles psychomoteurs), on retrouvera des pathologies au caractère névrotique ainsi que, beaucoup plus rarement, des troubles psychotiques à début précoce (en particulier la schizophrénie). Ce que l'on appelle les pathologies limites de l'enfance sont pour leur part souvent associées à des troubles des conduites et des comportements, voire à des états dépressifs chroniques ainsi qu'à de fortes inhibitions et des syndromes abandonniques. Les troubles du sommeil ne sont pas rares non plus, de même que les thématiques liées à la déficience, au handicap et à différentes formes de « dys » (dyslexie/dysorthographe, dyscalculie, dyspraxie, etc.). Enfin, les troubles psychosomatiques sont également fréquents en clinique infantile (maux de ventre, céphalées, maladies dermatologiques, etc.).

La **CFTMEA** est accessible ici : http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/biblio_bd/cftmea/.

► Cf. [Chapitre 2](#).

L'enfant est un être en plein développement et il peut être difficile de faire la part entre ce qui dans sa présentation, y compris psychopathologique, relève d'une structure relativement fixée ou d'un état transitoire qui évoluera plus ou moins favorablement. C'est souvent avec l'adolescence que certaines décompensations prendront des formes se rapprochant de pathologies proches de celles de l'adulte. On parlera ainsi d'entrée dans la schizophrénie, susceptible de concerner des adolescents comme de jeunes adultes.

2. Les troubles névrotiques

La **névrose** est ainsi définie par Laplanche et Pontalis (1967) : « Affection psychogène où les symptômes sont l'expérience symbolique d'un conflit psychique trouvant ses racines dans l'histoire infantile du sujet et constituant des compromis entre le désir et la défense » (Laplanche et Pontalis, 1967). Le fonctionnement névrotique n'est pas pathologique en lui-même, s'agissant d'une **structure de personnalité normale**, mais son expression pourra l'être dans certaines conditions. Le sujet ne perd habituellement pas le contact avec la réalité, raison pour laquelle on tend à la considérer comme étant moins grave que les affections psychotiques. On suppose alors que l'expression symptomatique est la conséquence de conflits psychiques structurés en particulier par **l'organisation œdipienne**. Le sujet souffre fréquemment d'**angoisses de castration** et se défend de manière préférentielle par le **refoulement**.

Les troubles névrotiques sont fréquemment associés à une expression psychopathologique relevant du champ de la **dépression**, même si cette dernière peut se trouver liée à d'autres structures (elle est également Un sentiment de dévalorisation ainsi que des pensées auto-culpabilisantes et morbides sont fréquentes, pouvant aller jusqu'à des pensées suicidaires. Nous pouvons dégager plusieurs types d'organisations névrotiques dont nous allons présenter les principales caractéristiques.

Clinophilie : fait de rester longuement au lit durant la journée tout en restant éveillé.

2.1 Névrose d'angoisse

La névrose d'angoisse se traduit par une forme d'expression directe de l'angoisse très peu transformée. Dans le DSM, ce type de pathologie est classé dans le champ des **troubles anxieux**. Freud la considérait comme étant liée au champ des **névroses actuelles**, qui ont pour particularité de découler fréquemment de difficultés présentes du patient. Le sujet est habituellement envahi d'une grande anxiété et d'angoisses intenses. Dans les cas les plus extrêmes, l'angoisse prend une forme paroxystique dans les **attaques de panique**. Il arrive que les différentes manifestations d'angoisse, notamment sur leur versant corporel, contribuent à augmenter par un effet de cercle vicieux l'angoisse ressentie globalement par le sujet, qui développe une attention particulière à l'ensemble de ses symptômes (en prenant son pouls, en vérifiant sa respiration, etc.). Le sujet peut être envahi d'angoisses de mort

imminente, ce qui peut le conduire à appeler les pompiers ou à se rendre aux urgences. Des vécus de **déréalisation** ou de **dépersonnalisation** sont possibles lors de ces épisodes (à ne pas confondre cependant avec des manifestations psychotiques). L'anxiété s'étend parfois à l'ensemble de la vie psychique, donnant lieu à ce que l'on appelle, en des termes plus contemporains, **Trouble Anxieux Généralisé** (TAG) dans lequel les sources d'anxiété sont multiples et entravent grandement la vie quotidienne du sujet. Sur le plan de la prise en charge médicamenteuse, les troubles anxieux sont souvent soulagés à court terme par des anxiolytiques.

Déréalisation : perception anormale de l'environnement.

Situation clinique : les attaques de panique

Julien est un jeune homme de 20 ans qui consulte en Centre Médico-Psychologique. Il a déjà été suivi en libéral par un psychologue quelques années auparavant, ce qui l'avait beaucoup aidé. Il avait à l'époque perdu son emploi dans un garage automobile et avait développé de fréquentes attaques de panique qui l'empêchaient de sortir de chez lui. Ces attaques de panique ont resurgi quelques semaines plus tôt. Elles apparaissent en particulier dans les centres commerciaux dans lesquels Julien recherche constamment les issues de secours au cas où il ferait un arrêt cardiaque ou un accident vasculaire cérébral (AVC). Il est assailli par bien d'autres sources d'anxiété, comme la crainte de devenir fou, de tomber malade ou de ne pas se réveiller. Lors de certaines attaques de panique, Julien a l'impression que son cœur bat de manière anormale et qu'il est sur le point de mourir. Il lui arrive alors de contacter les pompiers, réellement persuadé qu'il ne va pas survivre.

2.2 Névrose hystérique

La **névrose hystérique** correspond à ce que Freud désigne habituellement comme l'hystérie et que nous avons déjà abordé dans le chapitre historique[►]. Cette affection implique un transfert du conflit psychique dans le corps : le **processus de conversion**. La représentation refoulée s'exporte alors vers le corps selon certaines logiques symboliques, mais dont le sujet n'a pas conscience. Dans l'hystérie, l'angoisse fait donc davantage l'objet d'un travail de transformation que dans la névrose d'angoisse. Le sujet n'a habituellement pas accès de manière consciente à la conflictualité sous-jacente qui se trouve à l'origine de ses troubles d'allure somatique. Freud évoquait ainsi la « **belle indifférence** » du patient hystérique à l'égard de ses troubles et de leur genèse.

► Cf. [Chapitre 2](#).

Ne pas confondre : le corps somatique et le corps érotique

Le corps somatique ou biologique est investi par la psyché d'une manière tout à fait spécifique. On parle à ce propos d'une véritable subversion de la matière biologique par la matière psychique. Ainsi, le corps se doit-il d'être investi, notamment sur le plan du plaisir, par le Moi et celui-ci apparaît de ce point de vue comme une forme de représentation de l'organisation corporelle. Les troubles de conversion n'obéissent pas aux règles de fonctionnement physiopathologiques habituelles du corps biologique, raison pour laquelle les médecins ne trouvent pas de lésions à leur origine, comme cela est le cas pour des affections médicales plus classiques. Le corps investi par la psyché est appelé corps érotique (Dejours, 2009) et ce sont les logiques de cet investissement qui sont au premier plan dans les troubles de conversion. Ils expriment habituellement de manière métaphorique un conflit psychique inconscient.

Perspective neuroscientifique : Les troubles de conversion

De récents travaux en neurosciences cognitives permettent d'objectiver en partie les phénomènes de conversion (Conejero *et al.*, 2017 ; Hurwitz & Prichard, 2006). On observe ainsi que certains symptômes de paralysie et de désensibilisation ne sont pas le fruit d'une affabulation de la part du sujet – ce que l'on sait depuis les travaux de Charcot –, mais qu'ils sont associés à certaines zones spécifiques du fonctionnement cérébral.

Les symptômes qui peuvent révéler la névrose hystérique sont variés et parfois très invalidants (paralysie de certains membres, perte partielle ou totale de la vision, crises d'allure convulsive, perte de conscience, vertiges, etc.). La névrose hystérique est souvent liée à des traits de personnalité comme une **grande labilité émotionnelle**, une forte **suggestibilité**, un certain **théâtralisme**, associés à des **mouvements de séduction** et à une **certaine immaturité affective**. La dynamique psychique complexe de l'hystérie est source d'insatisfaction permanente, mais fluctuante, entre désir et manque.

Labilité émotionnelle : passage rapide d'une émotion à une autre.

Débat : Les hystériques ont-elles disparu ?

On imagine parfois que les formes hystériques décrites par Freud et Breuer ont disparu. L'expérience clinique en service hospitalier, par exemple en pédopsychiatrie de liaison, met pourtant en évidence la grande fréquence des troubles de conversion avec des symptômes très proches de ceux décrits au début du ^{xx}e siècle. Dans son ouvrage *Hystérie*, Christopher Bollas (2017) rapporte les expressions prises par les troubles hystériques, que ce soit leurs formes classiques ou certaines de leurs manifestations plus contemporaines.

2.3 Névrose phobique

Dans la névrose phobique, ou **hystérie d'angoisse**, l'angoisse est l'objet d'une transformation non pas dans le corps comme dans la névrose hystérique, mais par **déplacement sur un objet de manière associative**. Son expression la plus caractéristique est la **phobie**. Si l'origine de cette dernière est multifactorielle, la psychanalyse propose de la considérer comme le fruit du processus suivant : ce qui ne peut être évité dans le monde interne se trouve projeté sur un objet extérieur. Il s'agit donc d'une tentative de solution par l'objet qui échoue en partie, ce qui explique le caractère répétitif de la phobie et le peu d'élaboration psychique qu'elle produit. Les phobies pourront être spécifiques (ex : les souris, les araignées, etc.) ou plus globales. Par exemple, dans **l'agoraphobie**, la personne est en difficulté dès lors qu'elle se trouve dans des lieux publics et au contact de la foule. Dans les phobies plus spécifiques portant sur un objet particulier, on peut faire l'hypothèse que celui-ci représente de manière symbolique des éléments relatifs à une angoisse et un conflit de nature inconsciente.

2.4 Névrose obsessionnelle

La névrose obsessionnelle correspond habituellement à un mélange d'obsessions sur le plan des pensées et de compulsions sur le plan du comportement. On la retrouve dans le DSM sous le terme de **Trouble Obsessionnel Compulsif** (TOC). Comparée à l'hystérie, la névrose obsessionnelle est plus structurée et organisée, faisant appel des mécanismes de défense plus lourds, s'agissant en quelque sorte d'un processus phobique géré sur le mode de l'analité. Le sujet développe des obsessions portant sur des thèmes variés (la propreté, l'ordre, la perfection, la religion, etc.) et marquées par la **toute-puissance de la pensée**. Les compulsions consistent en des **rituels** et des **vérifications** qui peuvent prendre un temps conséquent. Ces éléments apparaissent souvent dans un contexte dépressif. Le fonctionnement psychique et l'associativité sont souvent très rigides.

Sur le plan processuel, le besoin d'ordre, de propreté et de vérification relève des **pulsions sadiques-anales**. Ce type de névrose sera ainsi considéré comme une formation réactionnelle face à un désir inconscient de souiller. Pour certains auteurs, notamment Bergeret, la névrose obsessionnelle serait une défense contre un effondrement psychique plus grave relevant de la psychose. Certaines **thérapies cognitivo-comportementales** ont été développées de

manière spécifique pour la prise en charge de ces troubles sur le plan comportemental.

► Cf. [Chapitre 9](#).

2.5 Névrose traumatique

La névrose traumatique est une névrose dégagée plus tardivement par Freud (1920) dans *Au-delà du principe de plaisir*. Elle est habituellement désignée dans les classifications contemporaines par le terme de **syndrome de stress post-traumatique**►. Comme son nom l'indique, cette névrose émerge après un événement traumatique du fait d'un **débordement du pare-excitation**►. Le sujet décrit habituellement le retour dans la subjectivité de cette expérience traumatique (dans les rêves ou sous forme de flashes), ce qui produit un mélange d'anxiété et de troubles dépressifs. Certains militaires revenant de terrains opérationnels développent par exemple ce type de trouble. Il semble que les capacités d'intégration de l'événement débordent le psychisme, celui-ci y revenant alors sur le mode de la compulsion de répétition dans l'espoir de pouvoir l'intégrer par un travail de liaison. Des thérapies comme **l'EMDR** (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) visent à proposer un cadre thérapeutique spécialement adapté à la prise en charge de ce type de trauma.

► Cf. [Chapitre 8](#).

► Cf. [Chapitre 9](#).

3. Les troubles psychotiques

Les troubles psychotiques sont souvent considérés comme plus graves du fait de l'**altération profonde du rapport à la réalité** qu'ils induisent, conséquence en particulier des **délires** et des **hallucinations**. Ils conduisent donc plus fréquemment à des hospitalisations et peuvent mener à des formes chroniques très invalidantes pour le sujet, sources d'une grande souffrance aussi bien pour lui-même que pour son entourage.

Dans la psychose, le sujet n'est plus structuré par l'organisation œdipienne. Il se débarrasse en quelque sorte des limites qui organisent en grande partie le sujet névrosé. La schizophrénie donne ainsi le sentiment d'un éclatement des structures habituelles de l'esprit, qui n'est plus tenu par la différence des sexes et des générations. N'étant plus limités par la castration, les désirs s'expriment

en « roue libre » selon le principe de plaisir. Le sujet pourra par exemple développer un délire selon lequel il est le fils d'un pharaon ou d'extraterrestres. Les angoisses vécues sont **primitives** et intenses, relevant par exemple des **angoisses de morcellement** ou de **néantisation**.

■ Troubles psychotiques aigus

Certains troubles psychotiques se caractérisent par leur durée brève, ce qui est le cas des états psychotiques aigus, appelés également par la psychiatrie francophone **bouffées délirantes aiguës** (BDA). L'épisode psychotique dure alors un temps limité – quelques heures ou quelques jours – et le sujet revient ensuite à son état habituel. La perturbation du rapport à la réalité n'en demeure pas moins sur le moment profonde, avec des hallucinations et des délires parfois très prononcés. Cet épisode peut être unique ou se produire à plusieurs reprises sans évoluer pour autant vers une forme chronique.

■ Troubles schizophréniques

Les troubles schizophréniques sont plus durables. Ils touchent environ 1 % de la population et se déclarent souvent à la suite d'un épisode de **décompensation**. Les schizophrénies apparaissent comme un ensemble hétérogène sur le plan de la symptomatologie. On distingue habituellement :

Décompensation : rupture de l'équilibre psychique qui se traduit par une dégradation brutale de l'état du patient.

- les symptômes dits **positifs**, qui correspondent à des éléments « en plus » du fonctionnement psychique habituel, comme les hallucinations et les idées délirantes ;
- les symptômes dits **négatifs**, qui correspondent à une altération du fonctionnement normal se traduisant par une diminution des capacités cognitives, un ralentissement psychomoteur, des troubles des affects et du langage.

Black Swan : une décompensation psychotique de l'intérieur

Dans *Black Swan*, réalisé en 2010 par Darren Aronofsky, Nathalie Portman joue le rôle d'une jeune danseuse de ballet, Nina, qui est victime d'un épisode de décompensation psychotique alors qu'elle vient d'obtenir le rôle principal.

dans *Le lac des cygnes*. Ce film montre la complexité des relations de Nina avec sa mère et la rencontre avec un maître de ballet évoluant dans le champ de la perversion. L'émergence progressive des symptômes schizophréniques, en particulier sous forme d'hallucinations, aide à se représenter

l'angoisse intense que suscite ce type de trouble.

Fight Club (1999) et *Shutter Island* (2010), au-delà de la vision caricaturale de la schizophrénie qu'ils proposent, ont aussi pour intérêt de faire vivre de l'intérieur le vécu psychotique et l'état de sidération que cela produit chez le patient.

Le sujet se trouve habituellement en difficulté pour réaliser les tâches du quotidien, les troubles pouvant toucher la sphère psychomotrice et cognitive à des degrés plus ou moins prononcés et susceptibles de donner lieu à des tableaux très déficitaires. Les patients schizophrènes ont souvent un contact étrange, en particulier dans les états de crise, du fait notamment d'une fréquente et profonde discordance de l'affect. Le sujet peut être également dans le retrait, le détachement ou à l'inverse dans une position omnipotente et fusionnelle. Les troubles de la pensée sont fréquents avec l'émergence de mots nouveaux appelés « néologismes ».

Le Nom du père et les non-dupes errent

Le **Nom du père** est un concept proposé par Jacques Lacan dans le but d'approfondir la théorie du complexe d'Œdipe. Lacan insiste sur le caractère structurant du rôle symbolique du père, qui prend la forme de son nom dans la psyché maternelle. Il fait plus précisément l'hypothèse que chez certains patients psychotiques, il y aurait une forclusion de ce Nom du Père comme le défaut fondamental repérable à l'origine de cette structure. Cette forclusion découlerait plus précisément d'une incapacité chez le sujet à internaliser la métaphore paternelle permettant le refoulement originaire.

Lacan reprendra à plusieurs reprises cette notion, complexifiant son acception, modifiant notamment son expression en « **Les non-dupes errent** ». Il voudra ainsi insister sur le fait que les patients psychotiques ne sont plus structurés par l'aliénation au langage (relevant du symbolique). Dès lors, ils « errent » dans un rapport particulier au monde caractérisé par une sorte de prise directe sur ce que Lacan appelle le Réel. Le sujet n'est plus « dupe » des signifiants et s'autorisera donc à développer un langage spécifique en créant ses propres néologismes.

Dans la **schizophrénie paranoïde**, la plus fréquente, les hallucinations sont associées à des délires divers : **persécution** (« Le FBI et la CIA veulent s'en prendre à moi »), **mégalo manie** (« Je viens apporter la paix dans le monde, écoutez-moi »), **mystique** (« Je suis en contact avec Dieu »), **somatique** (« Mes organes sont en train de se désagréger ») ou **de référence** (« Je sais que tout ce que vous faites a pour but de me déstabiliser »). L'évolution et la production du délire obéissent également à différents types de mécanismes, parmi lesquels on distingue en particulier les types interprétatif, hallucinatoire, intuitif ou imaginatif.

Sur le plan psychodynamique, Freud a fait l'hypothèse d'un conflit entre la réalité et le Moi conduisant ce dernier à se couper d'une partie des éléments perceptifs. À la place de ce « trou » laissé dans la réalité, le patient schizophrène produira une **néo-réalité** qui pourra se trouver davantage en phase avec sa dynamique psychique interne.

SITUATION CLINIQUE : La schizophrénie

Julie a 45 ans et souffre de schizophrénie depuis de nombreuses années, ce qui la conduit régulièrement à être hospitalisée en psychiatrie. Au cours de l'une de ses crises, elle traverse un épisode difficile qui rend nécessaire de la placer en chambre d'isolement durant plusieurs jours. Lorsque le psychologue entre dans sa chambre, Julie est prostrée dans un coin et se cache derrière une couverture. Elle parvient très difficilement à expliquer l'état de terreur dans lequel elle se trouve. Elle finit par confier qu'elle voit des personnes décédées qui l'entourent et lui font peur par surprise. Elle pense que ces personnes lui veulent du mal et cherchent à la tuer, raison pour laquelle elle se sent plus en sécurité en chambre d'isolement.

Les schizophrénies nécessitent habituellement une prise en charge importante et un traitement médicamenteux spécifique (en particulier des médicaments dits **antipsychotiques**). Certaines d'entre elles sont liées à une désorganisation cognitive importante (la **schizophrénie hébéphrénique**) tandis que d'autres, plus rares, sont associées à un état catatonique (la **schizophrénie catatonique**). La grande hétérogénéité des modes d'expression de cette maladie fait qu'il est délicat de déterminer d'emblée le devenir de ces patients, certains parvenant à vivre une vie professionnelle et personnelle épanouie malgré la maladie.

Catatonique : syndrome psychiatrique sévère qui se traduit en particulier par une inactivité psychomotrice complète.

SITUATION CLINIQUE : Les hallucinations psychotiques

Albert est un patient schizophrène stabilisé depuis plusieurs années. Lors d'un entretien avec le psychologue en Centre Médico-Psychologique, il décrit en détail des hallucinations sur lesquelles il porte un regard critique, comprenant qu'elles ne correspondent pas à la réalité. Celles-ci sont néanmoins suffisamment fréquentes et pénibles pour l'empêcher de travailler malgré un traitement antipsychotique qu'il prend régulièrement. Dans ces hallucinations, Albert est entouré de « Gremlins » qui l'assaillent fréquemment. Il peut par exemple être sur son canapé et voir plusieurs de ces êtres évoluer autour de lui. Ils peuvent le toucher et le pincer, ce qui lui est très pénible.

Albert décrit également des visions infernales dont il donne un exemple : lorsqu'il se promène dans la rue, au lieu de voir la devanture habituelle d'un magasin, il pourra voir un décor représentant l'enfer et le diable.

Parmi les processus souvent présents dans les troubles psychotiques, et en particulier la schizophrénie, la **paradoxalité** s'avère prédominante. Ainsi, si la conflictualité névrotique est marquée par l'ambivalence, la paradoxalité en est l'équivalent dans la psychose. Racamier (1980) résume ainsi ce rapport paradoxal de certains patients schizophrènes avec cette formule : « Exister consiste à ne pas exister ». Dans la même perspective, un patient psychotique explique ainsi lors d'une consultation : « Si j'avais survécu, je serais mort ».

Pour l'école de Palo-Alto[►], la schizophrénie résulterait en partie du fait que le sujet fut confronté dans l'enfance à une **communication paradoxale** sur le modèle du double lien[►]. Que ce paradoxe soit ou non à l'origine de la schizophrénie, il est fréquent dans les interactions comme dans la vie mentale des patients qui en sont atteints. Cette modalité relationnelle des patients schizophrènes peut d'ailleurs parfois conduire le clinicien à penser, lors de moments de découragement, que rien n'est possible sur le plan thérapeutique.

► Cf. [Chapitre 9](#).

► Cf. [Chapitre 9](#), [ici](#).

■ Psychose paranoïaque et troubles délirants

Les troubles délirants se caractérisent pour leur part par la présence chronique d'un délire dont la thématique peut être variable d'un sujet à l'autre. Ces troubles tendent à émerger entre 40 et 50 ans et leur prévalence est d'environ 0,2 % de la population. En comparaison de la schizophrénie, ils ne sont pas associés à des symptômes négatifs et ne donnent pas lieu à des hallucinations.

Le sujet décrit avec une conviction inébranlable un contenu en décalage avec la réalité, ce que l'on retrouve fréquemment dans les **psychoses paranoïaques**. Le sujet a, par exemple, le sentiment d'être épié par des caméras, il est persuadé que ses voisins lui en veulent ou qu'il est espionné par le KGB ou la CIA. Les formes cliniques sont variées : **érotomanie**, **mégalomanie**, **jalousie**, **persécution**. Les troubles délirants seront notamment évalués en fonction de leur **thématique**, leur **mécanisme**, leur

degré de systématisation et **l'adhésion** du sujet aux éléments délirants. Le propos est souvent très argumenté et précis, et peut même sembler cohérent dans les premiers temps, ce qui s'associe souvent à une grande rigidité de la pensée. Les éléments délirants sont fréquemment associés à une **hypertrophie du moi** (« si on m'en veut, cela montre bien que je suis quelqu'un d'important »).

■ Psychoses maniaco-dépressives

Enfin, les psychoses maniaco-dépressives sont pour leur part associées à de grandes variations de l'humeur qui peuvent également conduire à des écarts importants avec la réalité, raison pour laquelle elles ont été initialement classées dans les psychoses. Elles sont dénommées **troubles bipolaires** dans les classifications psychiatriques contemporaines qui les placent plutôt dans une catégorie relevant des troubles de l'humeur. Ces troubles sont caractérisés par l'alternance d'**épisodes dépressifs majeurs** (associés à un risque suicidaire) et d'**épisodes maniaques** marqués par une augmentation de l'estime de soi et des idées de grandeur. Lors des épisodes maniaques, le sujet peut avoir des hallucinations et développer des idées délirantes. Il peut aussi faire des dépenses inconsidérées. Le sujet tend également à réduire largement son **temps de sommeil**. Il communique et parle beaucoup. Facilement distrait, il passe rapidement d'une idée à une autre (on parlera de « fuite des idées »). La prescription de médicaments thymorégulateurs comme le **lithium** est un outil essentiel de la prise en charge de ces patients dans le but de stabiliser leur humeur ▶.

▶ Cf. Cas clinique [ici](#) Solitude et troubles bipolaires.

Outre une probable influence génétique dans l'émergence de ces troubles, l'alternance des phases maniaques et dépressives interroge la relation dialectique entre ces deux expressions. Selon Freud, le processus dépressif et mélancolique serait premier et conduirait dans un second temps à une **réaction maniaque**. Cette dernière viserait à **lutter contre l'effondrement dépressif** en donnant au sujet le sentiment qu'il a une prise entière et totale sur le monde.

Quand l'ombre de l'objet tombe sur le moi

Dans *Deuil et Mélancolie*, Freud tente de comprendre la dynamique psychique inconsciente

à l'origine de la mélancolie, forme grave de dépression. Freud suppose en particulier que le sujet est confronté à un deuil impossible de l'objet. N'étant pas en mesure d'effectuer dans de bonnes conditions le travail de deuil, le sujet aurait alors recours un processus d'incorporation dans le moi de l'objet disparu. Freud résume ainsi ce processus : « **l'ombre de l'objet tombe sur le moi** ». Par exemple, la personne se mettra à développer certains comportements ou certains traits de personnalité du disparu. Mais, dès lors, les affects et les processus ambivalents à l'égard du défunt (l'ombre) seront retournés contre le moi. Ce processus n'est pas caractéristique de la psychose maniaco-dépressive, mais éclaire de manière générale, du point de vue psychodynamique, certains deuils pathologiques associés à des mouvements maniaques et dépressifs.

4. Les états-limites

Dans le modèle de Bergeret, les troubles états-limites ne sont pas à proprement parler une organisation, mais plutôt une forme de non-organisation ou d'**astructuration** entre la névrose et la psychose. Ces troubles peuvent prendre des formes variées – des **aménagements** – et nous allons dégager certains processus prévalents qui s'expriment de manière plus ou moins prononcée dans ces configurations cliniques.

Il convient tout d'abord de souligner qu'il existe des débats concernant la manière de catégoriser les problématiques états-limites (Estellon, 2017) car celles-ci peuvent apparaître comme une constellation au caractère hétérogène. De fait (mais cela est vrai de la plupart des troubles psychopathologiques), elles apparaissent en effet comme des processus qui tendront à s'exprimer dans des contextes cliniques variés. Néanmoins, un point commun relie ces troubles : ceux-ci concernent une organisation psychique centrée sur des **expressions pré-œdipiennes** dans lesquelles le lien à l'objet est nécessaire pour représenter les parts non symbolisées de soi. René Roussillon (2007) propose ainsi de rassembler ces troubles sous le terme générique de **troubles narcissiques-identitaires**, afin de souligner le fait qu'ils touchent les assises narcissiques du sujet et l'empêchent de développer une identité différenciée et mature. Ainsi, qu'il s'agisse du fonctionnement anaclitique, des perversions sexuelles et narcissiques, du fonctionnement opératoire, du recours aux addictions ou des troubles des conduites alimentaires, le lien à l'objet est en souffrance dans chacune de ces configurations, l'objet venant combler des défaillances précoces du processus de symbolisation.

Les troubles de la personnalité dans le DSM

Les processus états-limites décrits par la psychanalyse se retrouvent en partie dans les classifications contemporaines sous le terme de troubles de la personnalité. Le DSM V les définit ainsi : « Un trouble de la personnalité est une modalité durable de l'expérience vécue et des conduites qui dévie notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu ». Le DSM distingue en particulier dix troubles de la personnalité répartis en trois groupes : Distant, Impulsif et Effacé.

Le monde tend alors à s'organiser en des catégories grossières marquées par le clivage (par exemple : les bons et les mauvais ; les forts et les faibles, comme évoqué en début de chapitre). Le sujet n'est pas entièrement différencié du monde et des objets qui l'entourent, entretenant à leur égard une relation **d'indifférenciation** et de **confusion**, même si cette indifférenciation est moins prononcée que dans la psychose. Cette dynamique permet notamment au sujet d'éviter les **angoisses de perte** et de **castration**.

Ces organisations se caractérisent également par un **recours fréquent à l'acte et l'agir** comme moyens d'expression. Certaines pratiques **antisociales** décrites par Winnicott (par exemple le vol, la dégradation, le vandalisme) sont ainsi à entendre comme l'expression d'une mise en acte de ce que le sujet a lui-même vécu antérieurement (par exemple, le sentiment d'avoir soi-même été « vandalisé »). Cette logique est très présente dans l'ensemble des pathologies états-limites, donnant lieu à de fréquents mécanismes de **renversement passif-actif**. Dans les cas les plus extrêmes, cela peut conduire à des **passages à l'acte violents**, à différentes formes de psychopathie, voire au meurtre, forme extrême du déni d'altérité et du caractère humain d'autrui. Nous allons détailler à présent certaines expressions psychopathologies associées habituellement aux états-limites.

4.1 Fonctionnement limite et dépression anaclitique

Un premier mode d'expression fréquemment associé au fonctionnement limite concerne les processus anaclitiques, conduisant à des dépressions du même nom, dans lesquelles le sujet est mal différencié d'autrui et recherche par conséquent un **objet bouchon** comme étayage du moi. Dans les classifications contemporaines, les troubles de cette nature sont habituellement référés au **trouble de la personnalité borderline** (Stern, 2011). Celui-ci se caractérise par une grande instabilité des relations

interpersonnelles, de l'image de soi et des affects. Ces personnes sont habituellement très sensibles aux séparations, ce qui donne lieu fréquemment à des tentatives de suicide. Elles alternent des logiques de clivage avec des mouvements d'**idéalisation/fusion** et de **rejet/distanciation**. Les relations interpersonnelles sont également marquées par des logiques d'**abandon** et de **maltraitance**, le sujet passant aisément d'une position passive à une position active dans ces configurations du lien.

L'autre est alors utilisé dans le but de réparer des souffrances précoces liées aux processus de séparation-individuation. La constitution du moi nécessite en effet un autre suffisamment semblable qui fasse office de miroir et de reflet[►]. Quand cet autre se dérobe ou produit des représailles à l'égard du moi, celui-ci perd son propre reflet interne. Le sujet recherche donc un autre qui lui permettrait de **retrouver cette fonction miroir**. Mais cette recherche effrénée d'un autre-miroir conduit fréquemment à une remise en acte des processus traumatiques vécus antérieurement de manière passive, ce qui amène parfois le sujet à organiser malgré lui une séparation qu'il redoute par-dessus tout. C'est dans ce contexte qu'émergent fréquemment des formes de **dépression anaclitiques** qui peuvent donner lieu à des **scarifications** et des **passages à l'acte suicidaires**.

► Cf. [Chapitre 7](#).

4.2 Perversions sexuelles

La perversion est classiquement pensée dans son articulation à la névrose, selon cette formule célèbre de Freud : « **La névrose est le négatif de la perversion** ». Le sujet dont le fonctionnement psychique est marqué par la perversion met en scène ce que le sujet névrosé ne s'autorise pas du fait de la castration et du refoulement. Le sujet pervers exprime donc des processus qui animent l'inconscient du sujet « normalement » névrosé, n'étant organisé qu'en partie par le complexe d'Œdipe. Dans les théories psychanalytiques, la dimension perverse du fonctionnement psychique est cependant normale dans la mesure où l'être humain, au cours de son développement, fait évoluer et « pervertit » ses formes de rapport au plaisir (Freud utilise le terme de « **polymorphisme pervers** » pour décrire ce processus). Ce processus normal peut prendre néanmoins une forme pathologique dans la perversion.

Ainsi, dans la perversion et ses aménagements sur le plan de la sexualité, au

lieu de refouler la dimension sexualisée du fonctionnement psychique, le sujet pervers le surexpose dans le but d'éviter l'angoisse de castration. Il agit les contenus sexuels que le névrosé réprime et prend même un plaisir certain à les lui montrer comme spectateur, partageant avec lui un plaisir coupable qu'il a souvent subi – ou dont il a joui – antérieurement. Sa vie psychique et son plaisir s'organisent également autour de scénarios précis et répétitifs qui impliquent des mécanismes de déni et de clivage appauvrissant la réalité psychique. Pour éviter l'effondrement dépressif, le sujet pervers utilise l'autre dans diverses formes de scénarios. Cela peut à l'occasion impliquer des éléments masochistes comme tentative de maîtrise et d'intégration de la souffrance psychique qui caractérise de manière générale les problématiques liées à la perversion.

4.3 Perversions narcissiques

Dans les perversions narcissiques, le plaisir sexuel est supplanté par le gain narcissique. L'objet est alors déshumanisé et utilisé à des fins d'étayage sur le plan narcissique. L'objet devient un **objet d'évacuation** (Racamier, 1992) dans le but de porter ce que le sujet est incapable de se représenter de son propre fonctionnement. L'objet ou l'autre est alors à la fois **nécessaire** – donnant lieu à de fréquents mouvements de séduction –, mais aussi **dénigré**, **attaqué** et **rabaissé** face à ces éléments de soi projetés en l'autre selon des mécanismes d'indifférenciation. De tels processus pourront s'exprimer de différentes manières, par exemple dans certaines **relations de couple pathologiques** ou dans le monde du travail avec le **harcèlement moral**.

4.4 Fonctionnement opératoire et troubles psychosomatiques

Le recours fréquent au langage de l'acte que l'on trouve dans les problématiques états-limites est parfois lié à un fonctionnement opératoire de la pensée. Le patient est alors clivé de toute expression émotionnelle, l'affect étant entièrement neutralisé, ce que l'on retrouve dans certaines expressions somatiques, comme l'ont mis en évidence les travaux de l'**Institut de Psychosomatique de Paris** (IPSO). Il s'agit de patients qui développent une forme particulière de **dépression sans objet**, appelée également **dépression essentielle**, qui est liée à une vie psychique dite opératoire. La réalité concrète

semble surinvestie et l'expression de la souffrance du sujet passe souvent sur le plan somatique lorsque l'agir ne lui permet plus de réguler sa vie psychique.

Institut de Psychosomatique de Paris : école de pensée spécialisée dans l'approche psychanalytique des troubles psychosomatiques et développée initialement par Pierre Marty, Michel Fain, Michel de M'Uzan et Christian David.

Ces observations interrogent de manière plus générale la façon dont la dimension corporelle doit être intégrée dans la compréhension des affections psychiques. De ce point de vue, il convient de rappeler qu'un trouble est toujours **psychosomatique**, car les processus psychiques s'inscrivent dans une réalité biologique. Il existe ainsi de multiples formes d'expressions au caractère psychosomatique qu'il est pertinent de penser en fonction de la dynamique psychique (Dumet, 2002).

Ne pas confondre : Conversion et somatisation

Une distinction utile en clinique a été proposée par les membres de l'IPSO entre troubles de conversion et somatisation :

- le trouble de conversion est associé aux troubles hystériques et concerne une expression dans le corps qui représente de manière métaphorique un conflit psychique inconscient ;
- la somatisation relève également d'une expression corporelle, mais qui ne sera pas aussi métaphorisée que la conversion. Il s'agit davantage d'une problématique économique dans laquelle le corps somatique se trouvera rapidement mis à l'épreuve, car le sujet a des capacités d'élaboration psychiques et affectives limitées. Le symptôme est dès lors dit « bête », car une éventuelle recherche de sa signification symbolique ne s'avérera pas pertinente. La pathologie somatique pourra s'exprimer en fonction d'un terrain biologique prédisposé à voir arriver la décompensation sur tel ou tel organe.

4.5 Addictions

Les addictions ou **troubles liés à une substance** se traduisent également par un lien particulier à l'objet. Le sujet recherche alors une substance qui provoque chez lui un certain plaisir, mais conduit progressivement à une forte dépendance. Les substances incriminées sont variées : alcool, amphétamines, cannabis, cocaïne, nicotine, anxiolytique, etc. Les doses nécessaires sont de plus en plus importantes et finissent par mettre le sujet en difficulté du point de vue de ses obligations sociales et personnelles. Lorsque le sujet n'est plus en mesure de se procurer la substance en question, il rencontre un phénomène de **manque** (*craving*), source de grande souffrance, qui rend le sevrage difficile. Les addictions mettent en évidence un type de relation à l'objet qui vise à combler le manque et le désir d'une manière

prédictible et objectivable. Ces troubles, qui tendent à se développer dans la société occidentale, peuvent également exister sans substance à proprement parler, comme on le voit avec l'usage problématique des jeux vidéo ou des jeux de casino. S'il y a débat sur le fait de considérer ou non ces pratiques comme des addictions, il existe un certain consensus pour dire que celles-ci peuvent conduire le sujet à investir d'une manière inappropriée une activité très spécifique, ce qui réduit l'investissement d'autres champs, finissant par induire un état de souffrance certain.

4.6 Troubles des conduites alimentaires

Les troubles des conduites alimentaires (TCA) pourront également être considérés comme une forme d'expression qui relève d'un rapport particulier à l'objet et à l'acte. Les liens avec le fonctionnement toxicomane sont intéressants à relever, l'objet d'addiction étant alors la nourriture. On distingue habituellement **l'anorexie mentale**, la **boulimie** et **l'hyperphagie compulsive**. Le sujet entretient un rapport particulier à la nourriture, que ce soit en restreignant son alimentation dans l'anorexie, par une alternance de remplissage et de vidage dans la boulimie, ou par des comportements de gavage dans l'hyperphagie compulsive.

Ces conduites mènent à un ensemble de transformations sur le plan corporel ainsi qu'à des conséquences sur le plan somatique. Les pathologies anorexiques sont particulièrement dangereuses, une perte de poids très marquée pouvant se traduire par un risque d'arrêt cardiaque.

Chacune de ces pathologies est associée à des processus spécifiques qui se rejoignent néanmoins par le fait que la **sphère orale** est particulièrement investie. Tout comme les addictions, leur caractère transnosographique mérite d'être relevé, de même que leur développement dans l'espace culturel contemporain ▶.

- ▶ Si les troubles alimentaires et les addictions sont relativement fréquents dans les tableaux états-limites, ils peuvent apparaître également au sein de structures névrotiques et psychotiques.

SITUATION CLINIQUE : L'anorexie

Élodie a 15 ans. Elle est scolarisée en première scientifique et obtient de très bons résultats. Elle est hospitalisée en pédiatrie après un renvoi vers l'hôpital par son médecin généraliste suite à une perte de poids importante. Son Indice de Masse Corporelle (IMC) est très bas et les pédiatres sont

inquiets concernant un possible arrêt cardiaque si elle n'est pas réalimentée très rapidement. Les troubles sont apparus quelques mois auparavant. Élodie avait décidé de perdre quelques kilos car elle se trouvait un « peu trop grosse ». Cette perte de poids est devenue de plus en plus importante et s'est associée à des conduites sportives excessives ainsi qu'à la prise de laxatifs. En entretien avec le psychologue, Élodie explique qu'elle se trouve « très bien comme cela » et elle ne comprend pas toute cette agitation autour de son poids. Dans l'unité d'hospitalisation, il s'avère qu'Élodie mange très peu et qu'elle est très sélective dans ce qu'elle accepte d'avaler. Elle prend d'ailleurs énormément de temps pour s'alimenter. Cette pathologie demande souvent une prise en charge et un travail psychothérapique de longue haleine. L'une des difficultés provient du fait que ces patients n'ont parfois pas conscience de leur état pathologique. Cela se traduit fréquemment par de la dysmorphophobie qui conduit le sujet à avoir une image déformée de son corps (le sujet anorexique se perçoit souvent comme plus imposant qu'il n'est véritablement). Un travail familial est généralement nécessaire en parallèle du suivi individuel.

À RETENIR

- La catégorisation des troubles mentaux est un exercice difficile qui donne lieu à de nombreux débats, d'autant plus que ceux-ci évoluent sensiblement selon les **cultures** et les **époques**. En psychologie clinique, on s'intéresse en particulier à la psychopathologie du point de vue de la **souffrance psychique** et de son expression subjective.
- La **CIM 10** et le **DSM 5** sont les deux **classifications médicales et psychiatriques** les plus utilisées. La CIM 10 est utilisée dans les **hôpitaux français** tandis que le DSM est davantage utilisé dans le **champ de la recherche**.
- Les **classifications psychodynamiques** proposent un regard complémentaire qui aide à mieux comprendre les différentes formes de psychopathologies. Elles raisonnent davantage en termes de **structure** et de **processus** en essayant de comprendre la dynamique psychique à l'origine ou en lien avec les troubles.
- Le **modèle structural** distingue la **névrose**, les **états limites** et la **psychose**. Chacune de ces structures correspond à des formes privilégiées d'**angoisse**, de **mécanismes de défense** et de **relation d'objet**. Le **modèle processuel** porte quant à lui davantage sur une lecture en termes de **processus**.
- Dans la **névrose**, la psyché est organisée par le complexe d'Œdipe. L'angoisse de castration est prédominante ainsi que le refoulement qui est la modalité défensive principale. La névrose ne produit pas de cassure dans le fonctionnement psychique et les symptômes névrotiques expriment de façon métaphorique les conflits que le moi ne parvient pas à élaborer. On distingue notamment : **la névrose d'angoisse, la névrose hystérique, la névrose phobique, la névrose obsessionnelle et la névrose traumatique**.
- Dans la **psychose**, il y a échec de la structuration œdipienne. La différence des sexes et des générations n'organise plus le fonctionnement psychique. Les angoisses sont très archaïques et les mécanismes de défense sont très lourds. Les conflits sont expulsés dans l'environnement et font notamment retour sous forme de **délires** et d'**hallucinations**. Les troubles peuvent être aigus ou chroniques. On distingue notamment la **schizophrénie**, les **troubles délirants** et les **psychoses maniaco-dépressives**.
- Dans les **troubles états-limites**, la différence des sexes et des générations organise partiellement le fonctionnement psychique. Le mécanisme de défense qui prévaut dans les fonctionnements limites est le

clivage. Dans les **perversions**, l'autre est utilisé à des fins narcissiques sans tenir compte de son altérité. Les **addictions**, les **troubles des conduites alimentaires** et le **fonctionnement opératoire** sont fréquemment associés à ce registre de fonctionnement.

NOTIONS CLÉS

- angoisses, mécanismes de défense et relations d'objet
- CIM 10, DSM-5 et PDM
- Conversion et somatisation
- Fonctionnement opératoire
- Hystérie d'angoisse
- Modèle structural et Modèle processuel
- Névrose, Perversion et État-limite, Psychose
- Objet a
- Paradoxalité
- Perversion narcissique
- Schizophrénie paranoïde

POUR ALLER PLUS LOIN

AMAD A. et coll. (2016), *Référentiel de psychiatrie et addictologie*, Tours, PUFR.

BERGERET J. (1979), *La personnalité normale et pathologique*, Paris, Dunod.

BERGERET J. (1986), *Psychologie pathologique : théorie et clinique*, Paris, Masson.

CANGUILHEM G. (1966), *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF.

IONESCU S., JACQUET M. et LHOTE C. (1997), *Les mécanismes de défense*, Paris, Armand Colin, 2^e éd. 2012.

RACAMIER P.C. (1980), *Les schizophrènes*, Paris, Payot.

ENTRAÎNEMENT

QUIZZ

1. Quel philosophe a particulièrement étudié les relations entre le normal et le pathologique ?
2. Quelles sont les deux classifications des maladies mentales les plus utilisées au niveau international ?
3. Quel auteur a développé dans les années 1970 le modèle structural ?
4. Quels sont les trois critères essentiels qui permettent de déterminer la structure du sujet ?
5. En quoi consiste l'identification projective ?
6. Quel terme est utilisé dans les nosographies contemporaines pour décrire la névrose obsessionnelle ?
7. Quel trouble de la personnalité est fréquemment lié aux angoisses anaclitiques ?
8. Quels sont les trois grands types de troubles des conduites alimentaires ?
9. Quelle est la différence entre la somatisation et la conversion ?
10. Dans quel trouble les processus paradoxaux sont-ils fréquents ?

Exercices

- Consultez cet ouvrage : Amad A. et coll. (2016), *Référentiel de psychiatrie et addictologie*, Tours, PUFR. Il propose une excellente introduction concernant l'organisation du soin psychiatrique en France et la manière de concevoir la plupart des pathologies d'un point de vue psychiatrique.
- Visionnez les films suivants pour avoir un aperçu de certaines pathologies :
 - Névrose et perversion : *La pianiste*, *American Beauty*, *Night Call* ;
 - Addictions : *Requiem for a dream* ;
 - Psychose : *Black Swan*, *Shutter Island*, *Fight Club*, *Shining* ;
 - Pédopsychiatrie : *Mommy*, *States of Grace*.



Qu'allons-nous étudier dans ce chapitre ?

- Une vue d'ensemble des prises en charge dans le domaine du soin psychique est proposée dans ce dernier chapitre.
- Les différents courants psychothérapiques sont d'abord présentés.
- Quelques éléments concernant l'évaluation des psychothérapies et la complémentarité des approches orientent ensuite cette découverte du soin psychique et de ses spécificités.
- Enfin, est abordé le changement en psychothérapie à partir du modèle de la symbolisation selon trois prismes complémentaires : le rêve, le jeu et les médiations thérapeutiques.

CHAPITRE 9 Psychothérapie et symbolisation

PLAN DU CHAPITRE

[1. Les psychothérapies et leur évaluation](#)

[2. Le rêve](#)

[3. Le jeu](#)

[4. La médiation](#)

1. Les psychothérapies et leur évaluation

1.1 La prise en charge de la souffrance psychique

Avant de décrire à proprement parler le travail psychothérapique, quelques mots sont nécessaires quant au cadre au sein duquel celui-ci sera mené. En milieu hospitalier, la prise en charge des patients se réalise habituellement au sein des secteurs de psychiatrie et de pédopsychiatrie. Lorsqu'un patient est très en souffrance et qu'il consulte son médecin généraliste, il pourra être orienté vers les urgences. Si son état le nécessite, il sera pris en charge par une unité en intra-hospitalier à temps plein. Le soin **ambulatoire** pourra ensuite se dérouler dans les différentes structures du secteur.

Ambulatoire : prise en charge d'un patient sans que celui-ci soit hospitalisé.

Lorsqu'un patient, enfant ou adulte, présente un état qui ne nécessite pas une hospitalisation, il pourra consulter gratuitement auprès du Centre Médico-Psychologique le plus proche de son domicile. Bien d'autres structures participent de l'offre de soin (Hôpital de jour, Sessad, CATTP, CMPP, CAMSP, etc.) où interviennent des psychologues cliniciens. Il sera également possible de consulter hors du cadre hospitalier en libéral. Les consultations sont alors payantes selon des honoraires variables d'un clinicien à un autre. Des expérimentations sont d'ailleurs actuellement en cours pour le remboursement de certaines consultations psychologiques par la Sécurité sociale.

Le soin psychique et la psychothérapie représentent l'une des missions

essentielles des psychologues cliniciens. Comme indiqué au [Chapitre 3](#), ceux-ci sont considérés comme psychothérapeutes à l'issue de leur formation s'ils en font la demande auprès de l'Agence Régionale de Santé (ARS). En fonction de leur lieu d'exercice, la psychothérapie pourra prendre une part variable dans leur activité. Par exemple, en Centre Médico-Psychologique, de nombreux suivis porteront sur la prise en charge de la souffrance psychique.

1.2 Les différentes formes d'intervention

Les **demandes** des patients pourront être variées. Elles peuvent, par exemple, concerner la disparition ou la diminution d'un symptôme, le fait de redevenir comme « avant » ou de moins souffrir face à un événement difficile (deuil, séparation, accident, maladie, etc.). D'autres personnes consulteront avec le souhait de mieux comprendre leur fonctionnement psychique qui les met parfois en difficulté.

SITUATION CLINIQUE : Une fleuriste en difficulté

Valérie, 35 ans, est fleuriste. Elle a repris récemment la direction d'une boutique, mais rencontre des difficultés dans cette nouvelle fonction. Dépassée par la charge de travail, elle ne parvient pas à travailler dans une ambiance sereine avec ses employées et contacte un psychologue en libéral pour l'aider à faire face à cette situation. Elle dort très mal, se sent déprimée et a pris beaucoup de poids en seulement trois mois. Quelques entretiens de soutien aideront Valérie à mieux gérer ses nouvelles activités et à prendre du recul, dédramatisant les enjeux émotionnels liés à son travail. Ces entretiens mettront également en évidence certains troubles alimentaires chez elle (de l'ordre de l'hyperphagie compulsive), mais sa demande était centrée sur les difficultés rencontrées en lien son activité professionnelle. Elle ne souhaitait pas rentrer dans un processus plus long où elle aurait potentiellement abordé ses problèmes d'alimentation. Le travail réalisé avec le psychologue sera donc resté du registre du soutien et n'aura pas donné lieu à un suivi psychothérapique sur le long terme.

On distingue habituellement plusieurs types de prise en charge dans le domaine du soin psychique en fonction de ces différentes demandes :

■ Les psychothérapies de soutien

Elles représentent un étayage psychologique sans pour autant entrer à proprement parler dans un processus psychothérapique visant un changement important. Les consultations sont généralement peu fréquentes

et se déroulent sur une durée de quelques semaines ou quelques mois. Un cadre contenant est proposé sans pour autant viser un travail psychique de transformation en profondeur. Il peut s'agir, par exemple, de quelques consultations en vue d'aider une personne à intégrer un événement comme une perte d'emploi ou une séparation. Ces entretiens visent ainsi à mobiliser les ressources du sujet face à un événement difficile.

■ Les psychothérapies individuelles

Elles nécessitent un cadre plus structuré pour la mise en place d'un processus psychothérapique. Les consultations sont plus fréquentes et peuvent s'étendre sur plusieurs mois ou plusieurs années. Elles visent à produire des effets à court et à long terme. La psychothérapie en elle-même pourra néanmoins varier grandement selon le référentiel théorique quant à la fréquence et la durée des entretiens. Le sujet s'engage ainsi dans une démarche qui vise le changement et la transformation psychique, processus qui peut s'avérer parfois difficile et implique un réel engagement de la part du patient.

■ Les psychothérapies de groupe

Comme leur nom l'indique, elles utilisent le dispositif de groupe en vue de produire des effets thérapeutiques : psychodrame, photolangage[►], groupe de paroles, groupe à médiation, groupe de remédiation, etc. Le groupe est un dispositif plus lourd, aussi bien en temps qu'en énergie, car il implique souvent plusieurs thérapeutes, mais il est réputé pour produire des effets plus intenses.

► Cf. dispositif clinique : le photolangage, [ici](#).

Un dispositif de groupe : le psychodrame

Le psychodrame est une thérapie qui utilise la mise en scène de scénarios proposés par le ou les patients. Dans le psychodrame individuel, un seul patient est présent avec plusieurs thérapeutes tandis que le psychodrame collectif implique plusieurs patients et généralement deux thérapeutes (idéalement, de sexe différent). Le psychodrame se déroule habituellement en plusieurs étapes : (1) le choix de la situation à jouer, amenée par l'un des patients (ce peut être un récit inventé, une scène réelle, un rêve, etc.) ; (2) le jeu de la scène à proprement parler (en faisant « semblant ») ; (3) des échanges concernant ce qui vient de se passer dans le jeu. Un temps d'après-coup, uniquement entre thérapeutes, est également essentiel pour élaborer le vécu contre-transférentiel. Le psychodrame a initialement été développé par Jacob Moreno et fut notamment théorisé sur le plan psychanalytique par Didier Anzieu (1979) et René Kaës (2003).

■ Les psychothérapies institutionnelles

Elles représentent une approche dans laquelle la structure de soin et les membres qui la constituent doivent en quelque sorte eux-mêmes être « soignés ». Il s'agit en effet de s'interroger concernant les processus psychiques que les patients tendent à mettre en scène dans le cadre institutionnel. Cette approche participe d'une décontamination et d'une transformation des processus pathologiques transférés sur l'institution et les équipes soignantes, produisant en retour des effets positifs sur les patients. Les réunions de supervision et d'équipe participent de ce processus thérapeutique groupal essentiel pour éviter que les institutions ne se cristallisent dans la souffrance et les passages à l'acte. **Jean Oury** (2001) fut l'un des grands promoteurs de cette approche en France.

Jean Oury (1924-2014) : psychiatre, fondateur de la célèbre clinique de La Borde.

1.3 Les grands courants psychothérapiques

Les psychothérapies visent le soulagement de la souffrance psychique et le développement du bien-être du sujet. **Hippolyte Bernheim** fut l'un des premiers à utiliser ce terme, en 1891, dans un ouvrage intitulé *Hypnotisme, suggestion, psychothérapie*. Le champ des psychothérapies s'est depuis largement développé avec pas moins de **400 formes de psychothérapies** différentes comme nous l'avons évoqué au début de l'ouvrage. Il serait impossible dans le cadre de ce travail d'en proposer une présentation exhaustive, d'autant que ces pratiques psychothérapiques sont associées à des modèles théoriques variés. Nous allons donc nous restreindre à une présentation des cinq courants principaux que sont les psychothérapies :

Hippolyte Bernheim (1840-1919) : professeur de neurologie, qui fut l'un des piliers de l'École de Nancy et travailla longuement sur l'hypnose.

- d'inspiration psychanalytique (PIP) ;
- cognitivo-comportementales (TCC) ;
- systémiques ;
- humanistes ;
- associées aux états modifiés de conscience (hypnose, pleine conscience, EMDR, etc.).

■ Les psychothérapies d'inspiration psychanalytique

Les psychothérapies d'inspiration psychanalytique (PIP) ou **psychothérapies psychodynamiques** trouvent leur origine dans les travaux de Sigmund Freud et le développement de la psychanalyse[►] (Ellenberger, 1994). Celle-ci s'appuie initialement sur la thérapie par la parole (*talking cure*) permettant d'accompagner le sujet dans l'expression de ses difficultés et favorisant leur résolution. De ce point de vue, la méthode psychanalytique s'appuie à ses origines sur une **vision cathartique du soin**, que l'on retrouve dans de nombreux courants psychothérapiques, à savoir que l'expression d'éléments traumatiques – appelée également **abréaction** – produit des effets thérapeutiques. Il s'agit plus précisément d'accompagner le patient dans une expression non directive – par **la libre association**[►] – de ce qui se passe en lui dans le but de l'aider à explorer son **inconscient** et exprimer sa **conflictualité** interne. Un dispositif spécifique est associé à cette pratique : durant des entretiens d'environ 45 minutes, plusieurs fois par semaine, le patient (appelé analysant) s'exprime librement, allongé sur un divan, tandis que l'analyste, installé dans un fauteuil placé légèrement derrière lui, l'écoute attentivement.

► Cf. [Chapitre 2](#).

► Cf. [Chapitre 5](#).

La méthode et les théories psychanalytiques ont été peaufinées tout au long du ^{xx}e siècle, en particulier grâce aux apports conceptuels d'un certain nombre d'analystes parmi lesquels nous pouvons notamment citer : **Sandor Ferenczi** (sur la technique psychanalytique, le tact), **Anna Freud** (les mécanismes de défense), **Melanie Klein** (l'identification projective), **Donald Winnicott** (l'aire transitionnelle et le jeu), **Wilfred Bion** (la fonction alpha et la rêverie), **Jacques Lacan** (le triptyque Réel-Symbolique-Imaginaire, l'objet a et les mathèmes), **Françoise Dolto** (l'image inconsciente du corps), **Didier Anzieu** (les enveloppes psychiques et le moi peau), **André Green** (le négatif et les états-limites), etc.

Ces avancées théoriques se sont faites à la rencontre de nouvelles populations (bébé, enfant, adolescent, etc.), de nouvelles pathologies (l'autisme, la criminalité, le handicap, etc.) et de nouvelles méthodes (le groupe, l'observation du bébé, la thérapie familiale, etc.), étendues au-delà du dispositif divan-fauteuil. Si la psychanalyse était à ses débuts pratiquée uniquement par les médecins, elle s'est ensuite élargie à d'autres disciplines

telles que la psychologie. Elle est ainsi devenue, notamment en France, l'un des outils privilégiés de la formation des psychologues et cela, d'autant plus que la majorité des premiers universitaires en psychologie clinique étaient également analystes[►]. Cette influence a donné progressivement naissance au développement de la **psychologie clinique psychanalytique** qui, comme son nom l'indique, utilise certains outils de la psychanalyse dans le champ de la psychologie clinique.

► Cf. [Chapitre 2](#).

Les psychothérapies d'inspiration psychanalytique se distinguent de la pratique de la psychanalyse par plusieurs aspects. Tout d'abord, elles donnent lieu le plus souvent à des entretiens en face-à-face. Essentiellement non directives, sans limite de durée, elles sont moins longues qu'une psychanalyse et la fréquence des entretiens est moindre. Les interventions du clinicien sont potentiellement plus fréquentes que dans une psychanalyse et l'approche psychodynamique évalue davantage ses pratiques sur le plan quantitatif que ne le font les psychanalystes.

Les principes sous-jacents qui guident le travail thérapeutique sont néanmoins globalement les mêmes. Il s'agit d'aider le patient à élaborer la dynamique psychique inconsciente supposée se trouver à l'origine de ses symptômes et d'assouplir les mécanismes de défense et la conflictualité psychique, notamment par le biais d'interprétations. Une attention toute particulière est également portée à la dynamique transférentielle. Nous avons détaillé au chapitre 5 six facteurs qui orientent plus spécifiquement le changement et le travail de transformation psychique dans le cadre des thérapies psychanalytiques :

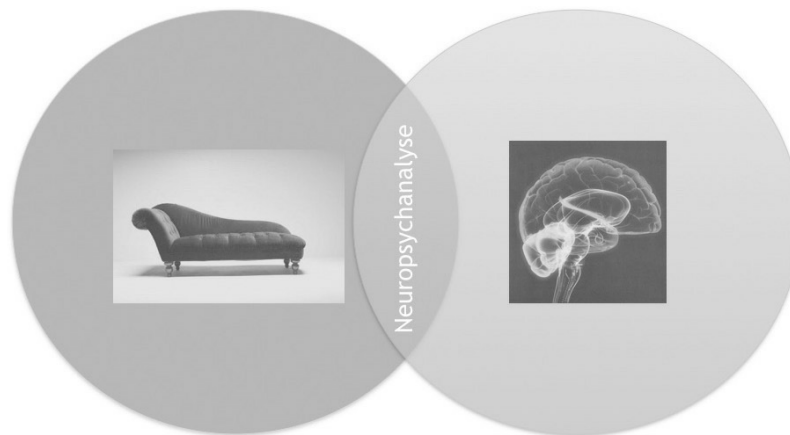
- l'associativité,
- le transfert,
- la symbolisation,
- la réflexivité,
- et la narrativité.

Les évolutions les plus récentes des psychothérapies psychanalytiques sont particulièrement influencées par les **théories du champ** (Ferro & Basile, 2015) et la **psychanalyse relationnelle** (Mitchell, 1988) qui insistent sur l'importance de ce qui se passe dans l'ici et maintenant de la thérapie. À noter

également l'influence importante du **mouvement post-bionien** au niveau international avec des auteurs comme Thomas Ogden (2012) ou James Grotstein (2016). De nombreux dialogues interdisciplinaires participent aussi du développement des modèles psychanalytiques dans différentes perspectives : l'émergence de la **neuropsychanalyse** à la rencontre des neurosciences cognitives (Ouss & Golse, 2009 ; Solms & Turnbull, 2011), création de nouveaux dispositifs inspirés des théories psychanalytiques (par exemple, les médiations thérapeutiques) et intégration de méthodes psychothérapiques plus récentes (pleine conscience, EMDR, etc.), évaluation de leurs processus (Brun *et al.*, 2016) et de leur efficacité (Shedler, 2010 ; Steinert, Munder, Rabung, Hoyer, & Leichsenring, 2017).

Fig. 1

La neuropsychanalyse



■ Les psychothérapies cognitivo-comportementales

Les psychothérapies cognitivo-comportementales se sont particulièrement développées après la seconde guerre mondiale en plusieurs vagues. La première d'entre elles concerne l'**approche comportementaliste** à partir des travaux du médecin et physiologiste russe Ivan Pavlov (1849-1936) et des psychologues américains **John Watson** (1878-1959) et **Burrhus Skinner** (1904-1990), qui ont mis en évidence les principes du **conditionnement**. Pavlov a étudié en particulier certaines règles qui régissent le conditionnement classique (avec sa célèbre expérience du « chien de Pavlov ») tandis que Skinner a dégagé des éléments relatifs au conditionnement opérant.

qui utilise le renforcement et la punition. Le symptôme est ainsi conçu comme le fruit d'un apprentissage en fonction de certaines caractéristiques de l'environnement.

Il s'agit dès lors, sur le plan psychothérapique, de tenter de supprimer les symptômes du patient en utilisant des logiques comportementales selon une approche pragmatique. En ce sens, ces méthodes reprennent des techniques issues des sciences naturelles en se limitant volontairement à ce qui est **observable** et **mesurable**. Le psychologue **Albert Bandura** poursuivra ces travaux en soulignant la dimension sociale de l'apprentissage et l'importance de **l'apprentissage vicariant** qui découle de l'observation des pairs et de leur imitation. Bandura montra également l'importance, pour le sujet, d'accroître son sentiment **d'auto-efficacité** en rapport de ses possibilités d'action, sentiment qui est, par exemple, largement diminué dans les états dépressifs.

Albert Bandura, né en 1925, est un psychologue canadien qui fut professeur de psychologie à l'université de Stanford. Il a notamment participé au développement de la psychologie sociale.

La **deuxième vague** des TCC concerne un abord plus **cognitif** et fut développée, durant les années 1970, en particulier par Albert Ellis (1913-2007) (**thérapies rationnelles-émotives**) et Aaron Beck (1921-) (**thérapies cognitives**), respectivement psychologue et psychiatre américains. Dans l'approche rationnelle, le clinicien aide le patient à relever et corriger les fausses croyances à l'origine de certaines de ses souffrances émotionnelles. Par exemple, des croyances comme « je dois être parfait » ou « je dois être aimé de tous » sont jugées irrationnelles. Il s'agit donc d'accompagner le patient vers une position permettant de diminuer les cognitions inappropriées menant à des émotions et des comportements mortifères. Dans la même perspective, Beck a développé la thérapie cognitive qui visait initialement à traiter la dépression. Il s'agit alors de se focaliser sur les cognitions du patient qui se cristallisent sous forme de **schémas cognitifs**. Ceux-ci sont des représentations mentales qui organisent et structurent le rapport du sujet au monde qui l'entoure. Ces schémas adaptatifs peuvent être l'objet de **distorsions cognitives** qui conduisent à des représentations pathogènes et biaisées concernant ses capacités et le monde environnant. Beck a ainsi dégagé une triade classique délimitant les domaines dans lesquels ces distorsions se produisent habituellement dans le champ de la dépression : les **cognitions sur soi** (« je suis nul »), les **cognitions sur l'environnement**

(« les gens sont de plus en plus égoïstes ») et les **cognitions sur l'avenir** (« rien ne changera jamais »).

La **troisième vague** des TCC porte sur l'intégration de méthodes mettant davantage l'accent sur la dynamique émotionnelle, l'acceptation de soi ainsi que certains principes des thérapies de pleine conscience. Les deux exemples majeurs de cette troisième vague sont les **thérapies d'acceptation et d'engagement** (ACT) élaborées initialement dans les années 1980 aux États-Unis par Steven Hayes, qui s'appuient également sur plusieurs principes issus des thérapies humanistes. Les thérapies cognitives basées sur la **pleine conscience** (*Mindfulness-Based Cognitive Therapy*) utilisent pour leur part certains principes issus de la pensée bouddhiste et les états modifiés de conscience, comme nous le verrons un peu plus loin.

En comparaison avec d'autres thérapies telles que l'approche psychanalytique, les TCC proposent un cadre thérapeutique à l'apparence plus structurée qui donne parfois lieu à un contrat de soin passé entre le patient et le clinicien. Le nombre de séances pourra ainsi être déterminé à l'avance et indiqué dans ce contrat. Lors des premières séances, une analyse fonctionnelle pourra être réalisée qui correspond à une grille d'analyse (émotions, comportements, cognitions, environnement) visant à comprendre précisément la nature et l'expression des symptômes du patient afin de déterminer la thérapie la plus adaptée. L'approche se veut donc très pragmatique et centrée avant tout sur la **disparition des symptômes** du patient. Ce caractère pragmatique des TCC se retrouve également par **l'approche fondée sur les preuves** qu'elle emprunte à la médecine et qui tend à évaluer les progrès thérapeutiques sur le plan quantitatif.

En pratique, le clinicien sera potentiellement **plus directif** en intervenant davantage. Il pourra, par exemple, utiliser certaines méthodes de déconditionnement ou désensibilisation pour lutter contre les phobies ou mettre en place des jeux de rôle dans le but d'améliorer certaines compétences sociales. Il sera également fréquent que l'on demande au sujet de remplir des questionnaires, d'effectuer des tâches prédéterminées, de réaliser des exercices (par exemple, de respiration avec le training autogène de Schultz) et d'effectuer des mesures de son comportement, de ses actions ou de ses pensées entre deux séances de psychothérapie. Très développées dans les pays anglo-saxons, les TCC sont davantage présentes en France depuis quelques

années avec, par exemple, des associations comme l'Association Française de Thérapie Comportementale et Cognitive (AFTCC). Au niveau international, elles ont favorisé **l'évaluation quantitative** des psychothérapies.

■ Les psychothérapies systémiques

Les psychothérapies systémiques – souvent associées aux approches **stratégiques** ou **solutionnistes** – se sont développées après la seconde guerre mondiale, à la rencontre de plusieurs courants appliqués aux psychothérapies : la cybernétique, la théorie générale des systèmes (en particulier les travaux de Ludwig von Bertalanffy) et les sciences de la communication. Le but était notamment d'importer les découvertes issues de l'étude des systèmes à la prise en charge et la compréhension de la psychopathologie. Cette perspective conduit à tenir compte de formes de causalités plus complexes comme la causalité circulaire et les boucles de rétro-action. Les principes dégagés à partir de l'étude des systèmes, qui ont notamment donné naissance aux ordinateurs, ont ainsi été appliqués au psychisme humain et à l'étude des groupes. La systémie s'est développée en particulier à partir de la célèbre **École de Palo Alto**, en Californie, avec des auteurs comme **Gregory Bateson** ou **Paul Watzlawick**. Ce dernier développera les **thérapies familiales systémiques**.

Gregory Bateson (1904-1980) : psychologue et anthropologue américain, l'un des fondateurs de l'École de Palo Alto. Il a proposé des réflexions très originales dans *Vers une écologie de l'esprit* (1977).

Paul Watzlawick (1921-2007) : psychologue et psychanalyste, fondateur de l'École de Palo Alto, notamment connu pour son ouvrage *Une logique de la communication* (1967).

L'approche systémique souligne le fait que certains symptômes peuvent être conçus comme l'expression du **système familial** et non uniquement comme le fruit de la dynamique intrapsychique du sujet. Le symptôme permet ainsi de maintenir **l'homéostasie** du groupe famille, comme l'illustre cette formule souvent reprise par les systémiciens : « *Il n'y a pas de fou, mais seulement des relations folles* ». Ce principe fut appliqué en particulier à la schizophrénie, alors conçue comme la conséquence d'un « double lien » (*double bind*) ayant mis le sujet dans une position intenable. La paradoxalité évoquée au chapitre précédent serait ainsi le fruit de ce double lien dans lequel le sujet aura été pris durant l'enfance.

Le double lien

Le double lien (*double bind*) est une notion développée par l'école de Palo Alto. Il s'agit d'un mode de communication considéré alors comme pouvant être à l'origine de la schizophrénie. Une petite histoire de cravates est souvent racontée pour aider à comprendre le double lien : une mère offre une cravate rouge et une cravate bleue à son fils pour son anniversaire. Ce dernier choisit alors de mettre la cravate bleue pour faire plaisir à sa mère mais celle-ci déclare : « Tu n'aimes donc pas la cravate rouge ? » Le lendemain, il revient en portant la cravate rouge. Sa mère lui dit alors « Tu n'aimes donc pas la cravate bleue ? » En désespoir de cause, le fils met le lendemain les deux cravates ce qui engendre cette réaction exaspérée de la part de sa mère : « Mais tu veux me rendre folle ! » Le sujet est ainsi confronté à une injonction paradoxale à laquelle il ne peut donner de réponse convenable : s'il fait A, il doit faire B et s'il fait B, il doit faire A. L'école de Palo Alto a tenté de comprendre l'influence de tels liens dans la communication et comment cela pouvait engendrer certains effets à portée psychopathologique.

Cette approche a produit des modifications du dispositif thérapeutique, l'apport essentiel étant un travail en thérapie avec la famille dans son ensemble et non avec le sujet singulier. Cela nécessite habituellement de travailler en **co-thérapie** avec deux thérapeutes. Le clinicien se centrera davantage sur la question du **comment**, dans l'ici et maintenant, que sur la thématique du pourquoi. Sur le plan de la formation, les systémiciens ont beaucoup utilisé une méthode qui s'est ensuite popularisée, à savoir l'usage de vitres sans tain, afin de pouvoir observer au mieux la dynamique familiale. L'approche systémique a eu une profonde influence sur l'ensemble des pratiques de soin en mettant la famille au cœur de l'approche psychothérapique. Si elle a aidé à comprendre l'émergence des symptômes, elle a aussi ouvert des perspectives originales dans la manière d'intervenir sur le plan psychothérapique en utilisant des méthodes dites stratégiques comme le **double-bind créateur** ou la **prescription du symptôme**.

■ Les psychothérapies humanistes

Les psychothérapies humanistes se sont développées dans les années 1950 aux États-Unis, sous l'influence du psychologue américain Abraham Maslow (1908-1970) et du psychiatre d'origine roumaine Jacob Levy Moreno (1889-1974). Elles se sont diffusées aux États-Unis comme une **troisième alternative** thérapeutique après la psychanalyse et les thérapies cognitivo-comportementales.

Maslow est souvent connu du grand public pour sa **pyramide** qui vise à dégager les principaux **besoins** nécessaires à l'épanouissement de l'être humain (physiologique, sécurité, appartenance, estime, accomplissement de soi). Chaque niveau nécessite au préalable l'accomplissement en partie ou en totalité des niveaux antérieurs, ce qui invite le thérapeute à s'interroger concernant les besoins non satisfaits du patient. Quant à Moreno, il insista largement sur l'importance de la **créativité** dans le soin psychique, participant également au développement du **psychodrame**.

Le bourreau de l'amour : histoires de psychothérapie d'Irvin Yalom (2005)

Dans cet ouvrage, Irvin Yalom, professeur à l'université de Stanford, psychiatre et l'un des tenants de l'approche humaniste, présente dix psychothérapies dans lesquelles il raconte ses doutes, ses difficultés, mais aussi ses joies et son plaisir à accompagner ces personnes dans le processus psychothérapique. En rapport d'autres approches, les thérapeutes humanistes n'hésitent pas à dévoiler dans le détail ce qu'ils ont pu penser ou ressentir dans la thérapie compte tenu des principes d'authenticité et de congruence sur lesquels cette approche insiste largement.

L'approche humaniste fut largement popularisée par le psychologue américain Carl Rogers, qui développa dans les années 1950 **l'approche centrée sur la personne** (ACP). Dans cette perspective, le clinicien est non directif et développe une écoute centrée sur l'empathie. Pour Rogers, il est essentiel d'être dans une position non jugeante et dans une acceptation inconditionnelle de son patient. L'authenticité et la congruence du thérapeute sont également mises au-devant de la scène (Temaner-Brodley, Stora, & Ducroux-Biass, 2013). Pour Carl Rogers et ses successeurs, l'être humain est fondamentalement bon, dans le sens où il évoluera positivement s'il est accompagné dans l'expression de son potentiel. Il s'agit donc de le guider dans cette expression de lui-même lui permettant d'améliorer son autonomie et sa capacité à réaliser des choix matures. L'approche humaniste s'est surtout développée en Amérique du Nord (elle est par exemple très présente au Québec) et a beaucoup participé à la formation des intervenants dans le champ des **psychothérapies de soutien**. Plusieurs auteurs, comme **Fritz Perls**, ont développé totalité (selon cette belle formule que l'on retrouve aussi en systémie : « *le tout est plus que la somme de ses parties* »). Perls propose une approche qui fait la part belle à l'observation du langage non verbal du patient

et n'hésite pas à mettre en évidence de manière plus directe certaines incohérences entre ses différentes formes de discours.

Fritz Perls (1893-1970) : psychiatre et psychanalyste d'origine allemande, ayant émigré aux États-Unis, et fondateur de la Gestalt-thérapie.

■ Les psychothérapies utilisant les états modifiés de conscience

Certaines psychothérapies utilisent de manière préférentielle les états modifiés de conscience en vue de produire des changements psychologiques. L'être humain est en effet susceptible de vivre différents états de conscience entre lesquels il navigue naturellement, états qui produisent un rapport différent à soi-même, aux autres et au monde environnant (Cardena & Winkelman, 2011).

L'hypnose est l'un de ces états qui peut être utilisé à des fins psychothérapeutiques. Aux États-Unis, le psychiatre **Milton Erickson** (1901-1980) fut l'un des grands spécialistes de l'utilisation contemporaine de l'hypnose. Réputé comme étant un thérapeute hors du commun (Haley & Robert, 1995), il utilisait habituellement l'hypnose d'une manière indirecte, c'est-à-dire sans plonger le sujet dans un état d'hypnose profonde, mais de manière discrète par le biais de l'hypnose conversationnelle. **François Roustang** décrit plus précisément l'hypnose comme un état de veille paradoxale qui aide le sujet à être davantage éveillé à lui-même. Il s'agit ainsi, toujours selon Roustang (2003b), de « se réapproprier un rapport premier au monde, seul capable de dénouer les nœuds de l'angoisse et de la souffrance psychique ».

François Roustang (1923-2016), ancien jésuite et psychanalyste, proche de Lacan, devenu hypnothérapeute. Il a proposé une théorie originale de l'hypnose en s'appuyant notamment sur la pensée de Milton Erickson.

L'hypnose apparaît donc comme le retour à un premier rapport au monde qui conduit à un état de transe que Roustang nomme **perceptude**. Cet état favorise le lâcher-prise et la transformation psychique selon des modes d'action spécifiques. L'entrée dans cet état peut être induite par différentes méthodes qui mettent en défaut le fonctionnement secondarisé et rationnel de l'état vigile. L'état de transe, qui peut s'avérer plus ou moins profond, favorise pour sa part la réorganisation spontanée de la vie psychique du sujet et la disparition des symptômes.

Il existe de nombreuses méthodes hypnotiques plus spécifiques, à commencer par l'utilisation de **métaphores**. Construites et racontées par le thérapeute au patient en état d'hypnose, elles visent à relancer les processus de symbolisation.

La fin de la plainte de François Roustang

L'approche proposée par François Roustang et certains hypnothérapeutes peut s'avérer opposée aux techniques psychothérapiques focalisées sur le symptôme. Roustang suppose ainsi, dans *La fin de la plainte* (2000), que le fait de se centrer sur le symptôme ne fait au contraire que le renforcer dans certaines situations. La psyché aurait en réalité des capacités naturelles d'auto-guérison qui peuvent se développer à condition de faire le deuil d'un traitement rationnel et cognitif du symptôme. C'est également la raison pour laquelle Roustang est très critique de la plainte qui souvent ne fait qu'entretenir le symptôme par des cognitions conscientes. Il propose à l'inverse de laisser émerger l'état de perceptude, supposé favoriser une forme de réorganisation spontanée de la psyché, ce qui implique un lâcher-prise qu'il faut savoir accompagner chez le patient.

Deux autres psychothérapies, apparues plus récemment, font également appel aux états modifiés de conscience. Il s'agit tout d'abord des **thérapies de pleine conscience** qui sont une application dans le champ de la psychologie et de la psychothérapie de certains principes issus de la pensée bouddhiste et des pratiques méditatives. Développée initialement par Jon Kabat-Zinn (2003), professeur de médecine américain, la pleine conscience est une pratique introspective qui vise notamment à améliorer les capacités réflexives, ce qui peut s'avérer utile aussi bien pour les patients que les cliniciens. Le sujet doit ainsi apprendre à **s'auto-observer** dans cet état dit de pleine conscience.

Exercice : Ne pensez à rien !

Voici un petit exercice utilisé dans les thérapies de pleine conscience aussi facile à comprendre que difficile à mettre en application : « Fermez les yeux et essayez de ne penser à rien ».

Si l'on parvient à rester dans cet état sans représentations mentales (auditives, visuelles ou kinesthésiques) durant quelques instants, il est délicat de le maintenir sur une durée plus longue. La mise en application de cette méthode pendant 30 à 45 minutes par jour produit néanmoins des effets bénéfiques sur le psychisme selon plusieurs études (Khoury *et al.*, 2013).

Dans la tradition bouddhiste, le moi est considéré comme un **flux** en constant remaniement. Il convient de recentrer la personne sur ce flux expérientiel au niveau le plus primaire lorsqu'il paraît « bloqué ». Cette focalisation sur l'activité consciente conduit à un ralentissement du flux

mental, produisant des effets bénéfiques. L'objectif est également de recentrer le sujet sur le **moment présent**, favorisant les capacités attentionnelles et les processus empathiques. Le but n'est alors pas tant de modifier les contenus que les contenant de pensée en changeant le rapport du sujet à ses propres pensées. Cela implique de les laisser advenir sans rationalisation ou jugement à leur égard.

Les thérapies de pleine conscience peuvent également être effectuées en groupe et impliquent de nombreux autres exercices. Elles ont notamment montré leur efficacité dans la prévention des rechutes dépressives (Piet & Hougaard, 2011).

Perspective neuroscientifique : Le mode par défaut

Des chercheurs en neurosciences cognitives ont pu mettre en évidence un mode de fonctionnement particulier du cerveau appelé mode par défaut (*default mode network*) (DMN) (Rabeyron, 2015 ; Raichle & Snyder, 2007). Celui-ci correspond à un réseau qui se développe durant l'enfance et qui conduit à l'interconnexion de plusieurs zones anatomiques, en particulier le lobe temporal médian, le cortex préfrontal médian, le cortex cingulaire postérieur, le précuneus et d'autres régions avoisinantes du cortex pariétal qui ont pour particularité d'être actives à l'état de repos. Le DMN consomme plus d'énergie que n'importe quelle autre zone du cerveau et semble faire office de chef d'orchestre de ses fonctions globales. Cette forte activité cérébrale est probablement liée à la haute densité associative entre les régions qui le composent. L'activation du DMN a également pour particularité de diminuer l'activité des niveaux d'organisation inférieurs et semble opérer de ce point de vue un travail de modulation des excitations internes et externes. Il est en effet très éloigné des niveaux purement sensoriels et se trouve engagé dans des opérations plus élevées relevant de la métacognition et de la réflexivité, comme le montrent plusieurs protocoles d'imagerie. Il est probable que les états modifiés de conscience utilisés dans différentes formes de psychothérapies induisent chez le sujet une activation du DMN.

Une troisième approche faisant appel aux états de conscience modifiés est **l'intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires** (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*, EMDR). Il s'agit d'une méthode développée par Francine Shapiro dans les années 1980 dans le but de traiter initialement les épisodes traumatiques. Dans le cadre d'un protocole structuré, le sujet décrit certains souvenirs traumatiques tout en suivant du regard un stimulus (lumière, objet, etc.) tenu par le thérapeute, favorisant l'intégration des éléments traumatiques par une forme de **diffraction de l'attention** (Tarquinio *et al.*, 2017).

1.4 L'évaluation des psychothérapies

Compte tenu de la multiplicité des approches psychothérapiques, il est essentiel d'évaluer leur **efficacité** et leurs **modes d'action**. Néanmoins, il convient de souligner d'emblée la difficulté de cet exercice, car cette évaluation nécessite de déterminer le ou les critères d'efficacité qui seront privilégiés. Or, ceux-ci font l'objet de débats entre les différentes approches (doit-on par exemple centrer l'évaluation sur les symptômes ? Combien de temps faut-il attendre avant d'évaluer les résultats ?). Cette question renvoie également à la thématique du normal et du pathologique qui, comme nous l'avons entrevu au chapitre 8, est elle-même d'une grande complexité.

Nous pouvons cependant considérer comme critère faisant suffisamment consensus l'idée qu'une psychothérapie « efficace » aide à **diminuer la souffrance psychique** du sujet. Historiquement, les TCC ont semblé se dégager en termes d'efficacité, ayant naturellement tendance à évaluer leurs effets sur le plan quantitatif. D'autres approches psychothérapiques, souvent pour des raisons théoriques, étaient plus réservées à cette idée, notamment quand il s'agit d'évaluer par le biais de questionnaires. Les choses ont évolué depuis et l'ensemble des grands courants théoriques sont aujourd'hui examinés du point de vue de leurs effets dans le cadre d'études aussi bien qualitatives que quantitatives.

Contrairement à ce que certains résultats ont pu laisser penser initialement, ces études montrent que les TCC ne sont pas plus efficaces que les autres psychothérapies (Baardseth *et al.*, 2013 ; Leichsenring & Steinert, 2017 ; Tolin, 2010 ; Wampold *et al.*, 2011, 2017). On remarquera par ailleurs que les autres approches psychothérapiques, en particulier les psychothérapies psychodynamiques, ont multiplié les études évaluant la qualité de leurs interventions au cours des dernières années (Gaudiano & Miller, 2013 ; Shedler, 2010 ; Steinert *et al.*, 2017). Celles-ci conduisent à des effets de même ordre que ceux des TCC et une efficacité qui pourrait s'avérer plus durable dans le temps (Abbass, Rabung, Leichsenring, Refseth, & Midgley, 2013 ; Driessen *et al.*, 2013 ; Shedler, 2010). D'autres travaux récents, notamment en Allemagne et en Suisse (Lutz, Leon, Martinovich, Lyons, & Stiles, 2007), portant sur l'évaluation des psychothérapies à partir de larges cohortes de patients, sont également utiles pour mieux saisir les **processus de changement** en cours de thérapie de manière plus globale, indépendamment de l'approche psychothérapique utilisée.

Débat : Une thérapie « prouvée scientifiquement », prudence !

Dans notre espace culturel, la démarche scientifique a pris une telle importance qu'il n'est pas rare, même dans les publicités, d'être confronté à un argument de poids : « c'est prouvé scientifiquement ! ». Il en est de même dans le champ des psychothérapies et il arrive de voir dans les médias des thérapies présentées comme étant « plus efficaces » et « prouvées scientifiquement ». Il convient de faire preuve de sens critique en ce domaine, d'autant que certains auteurs sont parfois pris dans des conflits d'intérêt majeurs dans la mesure où ils présentent un ouvrage ou des formations qui s'appuient sur l'approche en question... Le seul moyen de déterminer si une approche est plus efficace est de la comparer à d'autres selon des normes très strictes qui évitent tout conflit d'intérêt. La combinaison de plusieurs de ces études dans le cadre de méta-analyses permet ainsi d'obtenir des résultats fiables. À l'heure actuelle, les grandes études de ce type n'ont pu mettre en évidence la supériorité d'une approche psychothérapique sur une autre (Leichsenring & Steinert, 2017).

Ces différents travaux mettent en évidence que le référentiel théorique importe moins que les compétences des thérapeutes eux-mêmes, comme en témoignent les travaux portant sur l'efficacité des psychothérapies et le célèbre **Effet Dodo** (*Dodo Bird Effect*) proposé initialement par l'approche humaniste (Lutz, Leon, Martinovich, Lyons, & Stiles, 2007 ; Wampold *et al.*, 1997). Ces travaux soulignent le fait que **l'ensemble des psychothérapies produisent globalement des résultats similaires** (Marcus, O'Connell, Norris, & Sawaqdeh, 2014), la technique elle-même ne rendant compte que d'environ 15 % de la variance (Chambon & Marie-Cardine, 2003). L'*Association Américaine de Psychologie* (APA) a ainsi proposé, en 2013, une note de synthèse concernant l'efficacité des psychothérapies soulignant leur efficacité de manière générale et le fait que « les comparaisons des différentes formes de psychothérapies révèlent le plus souvent des différences relativement non significatives ». Ce constat est renforcé par le fait que **l'alliance thérapeutique** apparaît comme l'un des paramètres essentiels de l'efficacité d'une psychothérapie indépendamment de son référentiel théorique.

Effet dodo : fait référence à la course organisée par le Dodo dans *Alice aux Merveilles*, à l'issue de laquelle tous les participants sont déclarés gagnants.

Débat : La crise de la reproductibilité

Ces résultats concernant l'évaluation des psychothérapies s'insèrent de manière plus globale dans la crise traversée par la médecine et la psychologie empirique sur le plan de la reproductibilité (Ioannidis, 2005). Celle-ci, initiée au milieu des années 2000, a mis en exergue un certain nombre de faiblesses méthodologiques dans les études quantitatives. Elle a touché en grande partie la psychologie et

interpelle en profondeur l'usage de ces méthodes et leurs limites. Les travaux dans le champ des psychothérapies ont rencontré les mêmes difficultés (Wampold, 1997). De nouvelles études et des méthodologies innovantes, en particulier dans le champ de la recherche qualitative, sont donc nécessaires pour mieux comprendre la nature exacte des processus psychothérapeutiques.

Les travaux de Daniel Stern et du Groupe de Boston : le changement en psychothérapie

Le *Boston Change Process Study Group* (BCPSG), dirigé par Daniel Stern (2010)[►] a produit, depuis 1995, de nombreux travaux portant sur l'évaluation du changement en psychothérapie. Reprenant la méthodologie de l'observation mère-bébé, Stern et son équipe ont dégagé un niveau de micro-analyse « local » des interactions en cours de psychothérapie complétant l'approche psychanalytique traditionnelle qui se situe à un niveau davantage « méta ». Les processus de changement apparaissent ainsi comme des phénomènes modélisables notamment par le biais de théories issues du champ des systèmes complexes. Stern et son équipe soulignent en particulier l'importance des **moments de rencontre** entre le clinicien et son patient, qui favorisent les changements sur le long terme.

► Cf. [Chapitre 6](#).

Enfin, les questionnements relatifs à l'efficacité thérapeutique en fonction de l'approche utilisée sont peut-être trop grossiers pour pouvoir rendre compte avec finesse de ce qui caractérise véritablement l'efficacité d'une psychothérapie et de ce qui se joue dans la relation avec le patient. Il semble en particulier que l'approche par questionnaires se doit d'être maniée avec beaucoup de précautions étant donné les multiples biais qu'elle peut induire, comme en témoigne la récente **crise de la reproductibilité**. Nous pouvons repérer deux tendances contemporaines dans les travaux portant sur les psychothérapies et leur évaluation qui tiennent compte des éléments précédents :

- Si les différentes psychothérapies se valent en termes d'efficacité, il n'en est pas de même entre cliniciens, ce que nous pourrions résumer par cette formule : « **les psychothérapies se valent, mais pas les psychothérapeutes** ». Les différences interindividuelles entre thérapeutes sont plus importantes que la variation due à l'approche thérapeutique utilisée et ceci peut être un élément déterminant dans les futures recherches en ce domaine.
- Les progrès dans l'évaluation des psychothérapies s'associent par ailleurs

à une **tendance intégrative et éclectique** des différents modèles, ce qui rend plus délicate leur étude de manière séparée. Par exemple, certaines thérapies d'orientation psychanalytique ou les TCC utilisent des outils comme la pleine conscience ou l'EMDR. Antérieurement, la psychanalyse a également intégré plusieurs approches pour étendre ses dispositifs, comme le psychodrame ou le photolangage. Les courants psychothérapiques apparaissent ainsi en constant remaniement, s'adaptant aux évolutions sociales et aux pathologies présentées par les patients, ce qui complexifie leur évaluation.

Un modèle hybride entre psychanalyse et TCC : les thérapies cognitivo-analytiques

Développées initialement par le médecin Antony Ryle (1927-2016) en Grande-Bretagne dans les années 1990, les thérapies cognitivo-analytiques (CAT) sont des thérapies brèves (de 18 à 24 séances) qui intègrent aussi bien des outils issus des TCC que de l'approche psychanalytique. Les CAT ont été développées en particulier pour la prise en charge des patients souffrant de troubles états-limites. Trois catégories de processus rendent compte de la répétition dans ce modèle : les pièges, les dilemmes et les obstacles. Ceux-ci sont repérés et élaborés au fil des séances à l'aide d'un diagramme réalisé par le patient et le clinicien tout en tenant compte de la dynamique transférentielle. Quand ce travail de réflexivité, étayé sur ce diagramme, est suffisamment avancé, de petites fiches sont réalisées avec le patient dans le but de l'aider à repérer et transformer les comportements et les passages à l'acte qui demeurent problématiques.

2. Le rêve

Dans le but de décrire plus en détail les processus psychothérapiques, nous allons reprendre plusieurs concepts aidant à penser le changement en psychothérapie à partir du **modèle de la symbolisation**. Dans cette optique, il s'agit d'analyser la relance des processus de métabolisation qui favorisent la maturation psychique à travers plusieurs activités prototypiques de l'esprit humain. Nous allons plus précisément présenter trois de ces activités symbolisantes – le rêve, le jeu et la médiation – ce qui sera aussi l'occasion d'aborder un certain nombre d'éléments quant à la manière de travailler avec un patient ou un groupe au sein de différents dispositifs cliniques.

Les processus de symbolisation

Nous avons évoqué le terme de symbolisation tout au long de cet ouvrage. Le mot symbole provient du grec ancien *symbolon* qui dérive lui-même du verbe *symbollesthai* signifiant « mettre ensemble ». À l'origine, dans la Grèce antique, le symbole était un tesson de poterie cassé en deux. Lors de la signature d'un contrat, chaque contractant recevait la moitié du tesson et l'assemblage de deux parties témoignait ultérieurement de l'authenticité du contrat, ce qui pouvait être confirmé en les assemblant à nouveau.

Au sens restreint, le terme de symbolisation désigne habituellement l'opération par laquelle une chose représente une autre chose.

Au sens large, la symbolisation concerne les différentes étapes et processus qui permettent à la réalité psychique de transformer une matière psychique première en une matière douée de réflexivité et de subjectivité. En somme, la symbolisation désigne les différentes manières que le sujet a de transformer son expérience propre afin de l'intégrer et de se l'approprier subjectivement. Du point de vue psychopathologique, un certain nombre de souffrances seront ainsi à entendre comme un arrêt ou un « blocage » des processus de symbolisation, raison pour laquelle il est nécessaire de comprendre ses particularités et ses logiques. Ce terme a été largement développé par l'école lyonnaise dans les suites notamment des travaux d'André Green et Didier Anzieu. On distingue habituellement :

- la **symbolisation primaire**, qui correspond au champ de ce que Freud désigne par le terme de représentation de chose. Il s'agit essentiellement de modes de symbolisation archaïques ;
- la **symbolisation secondaire**, qui correspond à ce que Freud appelle représentation de mot et désigne les processus de transformation psychique davantage associés à l'entrée dans le langage.

2.1 Logiques et processus du rêve

Le rêve est l'un des outils essentiels d'exploration de la psyché. Il était considéré par Freud comme « la voie royale d'accès à l'inconscient », offrant l'opportunité d'accéder aux contenus inconscients du fait d'une censure plus souple envers les processus inconscients. Nous rêvons plusieurs fois chaque nuit – en particulier durant le **sommeil paradoxal** –, mais il existe de grandes variations d'un sujet à l'autre concernant la capacité à se souvenir de ses rêves au réveil. Les origines et les processus du rêve associent de multiples logiques de fonctionnement biologiques et psychiques. Nous allons reprendre certaines d'entre elles du point de vue psychodynamique en les articulant au processus de symbolisation.

Le rêve se caractérise tout d'abord par un fonctionnement psychique qui lui est propre et qui relève des **processus primaires** : l'énergie est dite **libre**, elle passe plus facilement d'une représentation à une autre. Il existe donc une

associativité spécifique du rêve, une **associativité débridée**, qui offre l'opportunité de mieux comprendre la vie inconsciente du sujet. Les processus primaires qui caractérisent le rêve expliquent le caractère souvent incongru, étrange et bizarre de celui-ci ainsi que la succession des scènes qui le composent. Le rêve opère selon une **régression** qui favorise la survenue des désirs refoulés et leur mise en image, ce que l'on appelle le travail de **figurabilité**.

► Cf. [Chapitre 7](#).

Nous n'avons pas accès au rêve de manière directe, mais à sa remémoration. Il convient donc de bien séparer le rêve de son récit. Freud propose ainsi de distinguer le **contenu latent** du rêve de son **contenu manifeste**, celui-ci pouvant être décrypté à partir d'un certain nombre de mécanismes de transformation du message initial. Entre le rêve latent et le rêve manifeste, il se produit ainsi un **travail du rêve** qui relève notamment de ces trois mécanismes :

- la **condensation**, qui correspond à l'expression de plusieurs matériaux oniriques en un seul élément,
- le **déplacement**, qui conduit une représentation ou un affect à se déplacer d'un élément à un autre dans le rêve,
- l'**inversion** dans le contraire désigne le fait qu'une représentation ou un affect se trouve inversé par rapport à sa signification initiale.

Une fois décrypté, le contenu latent exprime, selon Freud, la réalisation d'un **désir inconscient** sur le mode de la **satisfaction hallucinatoire du désir**. Le sujet joue donc de manière hallucinatoire, dans l'espace du rêve, ses désirs refoulés. Il se produit ainsi un retour dans l'espace onirique des désirs non réalisés à l'état de veille. Ces désirs s'exprimeront à partir d'un mélange entre les matériaux provenant de la vie quotidienne récente et des soubassements psychiques relatifs à la vie fantasmatique infantile.

Mulholland Drive : Un rêve décrit de l'intérieur

Le film de David Lynch *Mulholland Drive* (2001) plonge le spectateur dans un univers étrange et perturbant faisant vivre de l'intérieur les espoirs, les rêves mais aussi la désillusion et la souffrance d'une jeune actrice, Diane, jouée par Naomi Watts, confrontée au monde cruel d'Hollywood. La scénarisation permet, dans la première partie du film, de vivre de l'intérieur les rêves de Diane

(ainsi que tous les processus classiques du rêve : condensation, déplacement, inversion dans le contraire) qui sera bientôt confrontée au retour inquiétant du refoulé jusqu'à un dénouement tragique. L'œuvre de David Lynch est de manière générale un formidable outil d'exploration et de compréhension des dynamiques psychiques inconscientes, ce qui explique le caractère parfois équivoque et étrange de ses réalisations qui tentent de décrire au plus près les dimensions les plus obscures de l'esprit humain.

Les rêves lucides

Certains rêves, appelés **rêves lucides**, ont pour particularité le fait que le sujet semble conscient durant le rêve lui-même (Holzinger, LaBerge, & Levitan, 2006). Il peut même arriver que la personne soit en mesure de contrôler partiellement son rêve, ce qui ouvre des perspectives originales dans la compréhension des rêves. En effet, comment comprendre le degré de lucidité du rêveur et dans quelle mesure les processus du rêve sont-ils modifiés en fonction de ce paramètre ?

Freud nuancera ce premier modèle, après 1920, pour expliquer les cauchemars dénommés **rêves d'angoisse**. Il considère tout d'abord que derrière l'angoisse se cacherait en fait une tentative de réalisation d'un désir de manière déguisée. Cependant, certains rêves, notamment dans la névrose traumatique, n'obéiraient pas à cette logique et seraient davantage à entendre comme un échec du travail d'intégration psychique d'éléments traumatiques sur le mode de la **compulsion de répétition**►.

► Cf. [Chapitre 8](#).

Le modèle freudien du rêve sera par la suite étendu par Bion, qui considère que la production des pensées dépend de l'activité onirique. Celle-ci serait à considérer comme un mode de production de la réalité psychique par lequel tout contenu conscient doit nécessairement passer. L'arrière-fond de notre fonctionnement psychique serait donc un **état de rêverie** dont nous retrouverions les traces dans l'activité onirique nocturne. Cette fonction onirique découle pour Bion de l'intégration de la rêverie maternelle durant la petite enfance►. Cette hypothèse pourrait aider à comprendre pourquoi certains patients se souviennent davantage de leurs rêves en psychothérapie, signifiant ainsi la relance des capacités de symbolisation.

► Cf. [Chapitre 6](#).

Le neuropsychologue et psychanalyste Mark Solms (Kaplan-Solms & Solms, 2002) a tenté d'affiner la compréhension des processus du rêve en associant les connaissances issues des neurosciences cognitives et les modèles psychanalytiques contemporains. Solms propose un modèle du rêve d'une grande finesse qui permet de détailler un certain nombre de ses processus neurobiologiques. Par exemple, les processus de figurabilité (le fait que l'on pense sous forme d'images dans le rêve) se trouvent être reliés à certaines zones et processus neurobiologiques.

2.2 Le travail du rêve : autour d'un échange clinique

Comment travailler concrètement sur un rêve en psychothérapie ? Il est tout d'abord nécessaire de proposer au sujet de raconter son rêve dans le détail, parfois même à plusieurs reprises, avec l'idée que les éléments les plus refoulés ne surgiront pas lors du premier récit. Une fois le rêve raconté, il s'agit d'être attentif à ce que le patient associe au rêve. S'il ne le fait pas spontanément, on lui demandera à quoi le rêve lui fait penser. À partir de ces différents éléments, l'attention se portera sur les détails du rêve et sur l'associativité du patient, en particulier sur les éléments qui ont l'air les plus absurdes ou sans intérêt de prime abord.

Le rêve pourra ensuite être interprété, mais on ne saurait le faire de manière automatique, à l'image de ce que proposent certains dictionnaires des rêves : **le rêve est toujours une production idiosyncrasique qui s'exprime dans un contexte particulier**. Il nécessite, pour être déchiffré, d'avoir non seulement le récit du rêveur, mais aussi ses associations dans un cadre thérapeutique adapté. L'interprétation découlera alors d'un déchiffrement du rêve à partir des principes énoncés précédemment. L'interprétation n'est cependant pas à entendre comme une vérité : elle est un sens potentiel qui tente de rendre signifiante et intelligible la dynamique psychique du patient. Différentes interprétations pourront donc être proposées, sachant qu'il n'existe pas une « bonne » interprétation mais une multitude de lectures possibles qui viennent éclairer le travail de représentation par l'intermédiaire du rêve.

Idiosyncrasique : relatif au caractère spécifique d'un sujet.

L'**interprétation** à proprement parler du rêve ne sera pas systématique et s'intégrera dans la logique globale du suivi. Il pourra arriver que l'on évoque à nouveau le rêve d'un patient plusieurs mois plus tard en le reliant à d'autres éléments ayant émergé depuis. Certaines psychothérapies pourront être réalisées en portant une attention toute particulière à la production onirique

tandis que d'autres patients ne se saisiront pas de cette voie d'expression. Il conviendra également de tenir compte de **l'adresse transférentielle du rêve** et de s'interroger sur la façon dont le rêve s'inscrit dans la relation thérapeutique. Certains patients donnent ainsi le sentiment de rêver « pour » le thérapeute. L'exemple clinique qui suit permettra d'illustrer ces différents processus. Il sera également l'occasion de présenter une séquence clinique – avec des commentaires à la première personne du clinicien – dans le cadre d'une psychothérapie plus longue que les situations cliniques décrites jusqu'à présent dans l'ouvrage.

Il s'agit d'une patiente d'une vingtaine d'années, Émilie, reçue en Centre Médico-Psychologique, qui souffre depuis quelques mois d'évanouissements de nature apparemment hystérique lorsqu'elle se trouve en situation stressante. Le tableau clinique est caractérisé par une certaine immaturité, compensée par une relation de couple qui a permis à la patiente d'abandonner de fréquents passages à l'acte, en particulier des scarifications, qui ont pu mettre sa vie en danger à plusieurs reprises. Après quelques entretiens, marqués par de nets progrès concernant son autonomie, elle évoque un cauchemar récurrent apparu quelques nuits auparavant et qui revêt pour la patiente un caractère marquant et énigmatique. Il donnera lieu à plusieurs interprétations de ma part, compte tenu du fait que le travail engagé permet alors que je lui livre certaines hypothèses me venant à l'esprit. Voici le rêve décrit par la patiente : « Je suis dans une maison symétrique, une maison dédoublée, un côté est éclairé, un côté est dans le noir. Parfois, je vais dans la partie noire, j'entends des bruits de pas et j'entends ma propre voix dire : c'est trop tard, il est arrivé ! Je me réveille alors apeurée ».

Les associations de la patiente concernant ce rêve sont les suivantes : « Je ne comprends pas ce rêve, je n'arrive pas à trouver son explication, on dirait que j'ai peur d'une personne ». Je lui demande alors ce qu'elle fait dans la partie sombre de cette maison. Elle m'explique que dans ce rêve récurrent elle va chercher quelque chose : « Dans l'un d'eux, je cherchais un vêtement dans un tiroir, mais ce n'était pas mes vêtements. Je cherchais un vêtement de soirée. Une autre fois, j'allais ensuite chercher quelque chose dans la cuisine. Puis je coupe un poivron dans la cuisine, alors que je n'aime pas les poivrons ! »

Je propose alors une **première interprétation** à la patiente : cette maison serait-elle une représentation de son esprit ? La partie consciente et bien

éclairée opposée à la partie inconsciente et sombre. Je précise également que son récit me fait penser aux enfants qui fouillent dans les affaires de leurs parents et qui ont peur de se faire gronder. Émilie répond alors : « Oui, c'est comme si j'allais me faire gronder, c'est comme un endroit où je ne devrais pas être ».

Elle évoque alors de nouveaux éléments : « Il faut que je vous dise, dans le rêve, c'est comme quand je viens ici. Parfois j'ai peur de venir, je suis toujours près d'annuler, mais finalement je viens à chaque fois ». Je réponds alors : « Ce rêve est peut-être une illustration du fait que lorsque vous venez ici, vous venez explorer les recoins de votre esprit, les recoins les plus sombres et vous ne savez pas toujours ce que vous allez y trouver, ce qui pourrait vous faire peur. De ce point de vue, serais-je celui qui arrive et qui vous gronde ? Auriez-vous peur d'être grondée quand vous me montrez certaines pensées gênantes trouvées dans la partie sombre de votre esprit ? » La patiente répond alors (faisant allusion à un échange antérieur) : « Oui et cela m'a fait beaucoup de bien quand vous m'aviez dit que d'autres personnes que moi avaient parfois des pensées bizarres. Pour moi c'était anormal. Et maintenant, je me sens soulagée de savoir que d'autres gens ont des pensées comme ça ». La patiente précise néanmoins : « Parfois, après les séances, c'est difficile. Je ne me sens pas bien après certains entretiens, j'ai peur que ça explose si je creuse trop ».

Tandis qu'Émilie évoque tout ceci, j'ai à l'esprit des images dans lesquelles elle est dans cette villa sombre, fouillant dans un tiroir et cherchant un habit de soirée avant de se rendre dans la cuisine. Je m'interroge : pourquoi ce type de vêtement ? Mais aussi : pourquoi un poivron ? J'interprète alors ce dernier (au-delà de l'éventuelle dimension castratrice de l'acte) comme étant quelque chose qu'elle n'aime pas, à l'image de ces pensées trouvées en elle qu'elle n'apprécie guère. Quant aux habits de soirée, ils m'évoquent la séduction et la mère. Je pense en effet à une petite fille qui fouille dans les affaires de sa mère pour s'approprier les attributs de celle-ci. Dès lors, j'interprète le rêve selon une perspective œdipienne qui pourrait rendre intelligible **le désir sous-jacent** : chercher et obtenir les vêtements de soirée de la mère, c'est être séduisante comme la mère pour séduire le père. Le **désir initial** et **latent** serait donc : « Je cherche à séduire mon père comme le fait ma mère ». Le **refoulement** aura transformé ce désir dans le fait de rechercher des habits de

soirée dans la chambre parentale. **L'angoisse de castration**, face à l'expression du désir œdipien, trouvera ensuite à s'exprimer par le poivron et le fait de se faire gronder.

L'interprétation peut sembler audacieuse, mais je la livre néanmoins à la patiente, qui évoque des éléments qui semblent aller dans la même direction : « Quelque temps après le début du suivi, j'ai commencé à prendre soin de moi. Avant, je ne me lavais pas pendant plusieurs jours. Parfois, je ne me coiffais pas, je ne prenais pas soin de moi, mais quelque chose a changé ». Je lui réponds : « Peut-être que pour vous, comme dans ce rêve, être séduisante, c'est aussi prendre le risque de séduire votre père. Il ne faudrait donc pas être séduisante et, maintenant que vous vous émancipez de ce principe, vous vous autorisez à l'être davantage. Ainsi, peut-être jouez-vous dans le rêve un désir de séduction interdit vous offrant la possibilité de l'être davantage dans la réalité ».

La patiente propose alors spontanément quelques associations supplémentaires concernant ce souvenir : « Quand j'étais petite, mon père me disait que je n'étais qu'une salope. Une fois, j'étais assise par terre et j'avais mis un string que mon père a vu. Il m'avait dit que je n'étais qu'une pute ». Elle poursuit ensuite : « Il y a trois jours, j'ai acheté un legging, quelque chose de joli, de près du corps, comme je n'en mets jamais. C'est léger malgré tout et je suis allée chez mes parents. J'avais peur de la réaction de mon père. Il m'a dit que j'étais très jolie comme ça. Je me suis sentie soulagée, mais je me suis aussi demandé pourquoi j'avais encore besoin de l'avis de mon père à mon âge ».

Je réponds alors : « Vous vous autorisez peut-être davantage à être séduisante, mais de manière moins provocante. De ce point de vue, la réaction de votre père vous rassure car elle éloigne le risque de séduction à son égard. Vous vous autorisez donc à séduire, mais pas votre père, tandis que votre père vous autorise à être séduisante, mais pas pour lui ». Je propose enfin une **dernière interprétation** en lien avec le **transfert** : « Votre peur d'être grondée dans le rêve, lorsque vous fouillez dans vos pensées, s'étaye alors peut-être aussi sur la peur d'être grondée par votre père. De la même manière, vous me montrez certaines choses, un peu comme si vous aviez envie de montrer certaines choses à ce dernier ».

Se mêlent ainsi dans la thérapie et le rêve la **séduction à l'égard d'une figure**

œdipienne et son **expression transférentielle** dans le cadre thérapeutique ainsi que l'émergence de désirs de séduction associés à l'expression de la féminité. Le rêve porte de la sorte sur des dimensions polyphoniques (Kaës, 2002) qui se mélangent et dont les interprétations visent à révéler le sens potentiel. Dans cet exemple, on pourra remarquer que celles-ci partent des éléments les plus manifestes pour concerner ensuite la dynamique plus latente liée à des éléments relatifs à la vie fantasmatique infantile.

Ce travail favorise une mise en **représentation des logiques inconscientes** dont la patiente peine à s'extraire. Ainsi, si l'on reprend le processus qui se donne à voir dans ce rêve à partir de l'interprétation qui en a été proposée, la patiente ne pouvait prendre soin d'elle, car elle prenait le risque inconscient de devenir une prostituée dans le regard paternel. Cela l'aura conduit à une certaine immaturité psychique associée à la nécessité de rester une « petite fille ». L'émergence de ce rêve lui aura ainsi permis de remettre au travail les processus relatifs que produit ce travail de reconstruction sur l'évolution favorable de la dynamique psychique du patient.

3. Le jeu

3.1 Le paradigme clinique du jeu

Après le rêve, le jeu est une autre activité fondatrice de la vie psychique qui représente l'un des vecteurs essentiels du processus de symbolisation. Il favorise la régulation de la vie psychique et n'est donc pas une activité secondaire ou simplement ludique. Par exemple, chez l'animal, les expériences de Harlow (1969) avec des singes en situation de ne pas avoir la possibilité de jouer ont mis en évidence des troubles importants à l'âge adulte, notamment dans le champ de la socialisation[►]. D'autres expériences, menées avec des rats ou des chiens, ont également démontré le rôle essentiel du jeu, dont l'absence engendre divers troubles à l'âge adulte (Marks-Tarlow, 2012). La thérapie par le jeu chez des rats hyperactifs réduit fortement leurs troubles, en particulier leur impulsivité. Une session de jeu durant seulement trente minutes produit ainsi chez le rat une modification de l'expression d'environ un tiers des 1 200 gènes cérébraux impliqués dans les régions frontales et postérieures du cortex (Panksepp, 2007). Ces éléments neurobiologiques témoignent du fait que **le jeu se situe au cœur de la vie psychique** et qu'il sera

donc convoqué dans tout soin psychique.

► Cf. [Chapitre 6](#).

Chez l'homme, l'absence de jeu, en particulier entre trois et six ans, est un facteur associé à des problématiques lourdes comme les troubles du spectre autistique. Brown (2009) a également montré, lors d'une étude clinique auprès de 26 meurtriers, que le seul facteur commun à cette population était l'absence de jeu durant l'enfance. On notera aussi que les enfants souffrant d'un Trouble du Déficit de l'Attention et de l'Hyperactivité (TDAH) jouent moins que les autres lors de leur temps libre (Panksepp, 2007). Enfin, plusieurs méta-analyses démontrent la pertinence de l'utilisation du jeu dans les dispositifs de soin (Bratton, Ray, Rhine, & Jones, 2005 ; Leblanc & Ritchie, 2001).

Winnicott (1971) fut l'un des grands théoriciens du jeu et de ses fonctions. Il explique à ce propos que « la psychothérapie se situe en ce lieu où deux aires de jeu se chevauchent, celle du patient et celle du thérapeute. En psychothérapie, à qui a-t-on affaire ? À deux personnes en train de jouer ensemble ». Ses théories ont été reprises et développées ultérieurement par Arnold Modell (1985), André Green (2011) et René Roussillon (2008), qui ont tenté d'articuler les concepts winnicotiens avec la métapsychologie freudienne. Cette reprise théorique repose sur l'idée que le jeu est un carrefour essentiel de la construction de la vie psychique. Il en découle un basculement épistémologique consistant à placer le jeu, et non le rêve, comme l'avait proposé Freud, au cœur de l'activité symbolisante.

Le jeu permet en effet d'embrasser plus largement certaines particularités de la vie psychique comme la capacité à accepter et à tolérer certains paradoxes. Le jeu émerge également d'un refus des logiques binaires et réinjecte dans la pensée un réel paradoxal et profondément intriqué. Il existe donc une psycho-logique du jeu qui défie les lois d'une raison qui sépare, qui classe et qui organise. Cette dynamique intriquée ne peut alors émerger que dans le faire, comme le rappelle Winnicott : « jouer c'est faire » (*playing is doing*) et l'activité de jouer apparaît plus importante que le contenu du jeu lui-même.

Le paradigme clinique du jeu s'étaye par ailleurs sur l'une des dernières hypothèses proposées par Freud (1937), dans *Constructions en analyse*, selon laquelle certaines expériences traumatiques se produisent avant l'émergence du langage. Le sujet ne parvient donc pas à remettre en jeu certaines

expériences précoces qui se sont enkystées, clivées, au sein des couches les plus primaires de la vie d'âme. Celles-ci trouveront par conséquent à s'exprimer dans le langage de l'acte, du geste, de la motricité et de la sensorialité. Le clinicien sera dès lors attentif à ce langage de la **symbolisation primaire** chez son patient ainsi qu'à sa propre expression dans le registre du jeu.

Perspective neuroscientifique : Le jeu

Les neurosciences cognitives offrent un regard complémentaire concernant les bases neurobiologiques et cognitives du jeu. Il s'agit ainsi de mieux cerner les propriétés de la matière biologique au sein de laquelle le jeu trouvera son inscription. De ce point de vue, on notera avec intérêt que le jeu appartient aux sept circuits émotionnels primaires (jeu, recherche, rage, peur, désir, soin, panique) qui caractérisent le cerveau des mammifères (Panksepp, 1998). Le jeu correspond à une architecture biologique et neurologique spécifique qui s'est développée en lien étroit avec le circuit de l'attachement. Il se développe lors de certaines « fenêtres critiques » et se trouve lié à des « affects de vitalité » (Stern, 1989) que sont l'excitation, la joie, l'intérêt, le désir et la curiosité. Le jeu confronte par ailleurs l'enfant au déséquilibre, à la nouveauté, la perte de contrôle et à la surprise, ce qui souligne sa fonction d'adaptation et d'autorégulation par le biais d'un lien d'attachement sécure aux figures parentales. Le jeu apparaît ainsi comme ayant une fonction essentielle de régulation émotionnelle (Marks-Tarlow, 2012). Il implique en outre des niveaux analogiques du fonctionnement psychique qui se distinguent du traitement cortical qui apparaît plus tardivement (Tassin, 2002). Le jeu n'est donc pas, à ses origines, l'expression d'une fonction corticale secondarisée, mais concerne essentiellement des zones du cerveau situées au niveau subcortical (Panksepp, 1998). Ceci permet de mieux saisir pourquoi le jeu émerge de manière implicite et inconsciente en cours de psychothérapie (Marks-Tarlow, 2015). Ce niveau analogique a également pour caractéristique d'être lié aux structures neurobiologiques participant des expériences de plaisir, dont les soubassements biologiques sont notamment l'ocytocine, un neuropeptide dont la diffusion augmente lors d'expériences de plaisir et de jeu (Stewart, Field, & Echterling, 2016). Le jeu apparaît ainsi comme un élément aidant à la maturation et à la particularisation du système nerveux central, favorisant sa neuroplasticité (Stewart *et al.*, 2016). Par exemple, le jeu nécessite et favorise les fonctions exécutives du lobe frontal permettant l'inhibition comportementale (Panksepp, 2007).

3.2 Typologie et fonctions du jeu en psychothérapie

Deux hypothèses princeps ont été dégagées par Winnicott pour penser les processus du jeu dans le cadre psychothérapique. La première stipule que **le processus thérapeutique sera fondé sur la mise en place des jeux non joués de la première enfance**. Plus précisément, le jeu favorise la mise en scène de formes primaires de symbolisation qui n'ont pu développer leur potentialité symbolisante. Apprendre à jouer consiste donc à transformer des expériences

traumatiques en situations « bonnes à symboliser » comme les nomme Winnicott, et à repérer les traces des jeux qui n'ont pas pu voir le jour.

Des jeux sensoriels et archaïques seront ainsi réamorçés à partir de traces qui dégénèrent parfois en avatars pathologiques. Le travail psychothérapique aura donc pour vocation de rétablir une expérience sensorielle et motrice produisant un travail de régénération des processus psychiques. Cette relance sera le cœur même de l'activité psychothérapique selon Winnicott (1971) : « Quand le jeu n'est pas possible, le travail du thérapeute vise à amener l'enfant d'un état où il n'est pas capable de jouer à un état où il est capable de le faire ». Dès lors, les interrogations qui accompagneront le clinicien seront les suivantes : comment repérer et relancer les traces en souffrance des jeux non joués ? Selon quelles conditions le jeu transformera-t-il des expériences traumatiques ou non encore advenues ? Dans quelle mesure cette relation passe-t-elle par la symbolisation primaire ?

Une deuxième hypothèse orientera la compréhension des processus du jeu : le répondant donné au jeu permettra l'émergence de sa **valeur symbolisante**. C'est l'écoute même du clinicien, son rapport à la production de son patient, qui permettront de la transformer. Il est donc nécessaire que le clinicien se mette à l'écoute des jeux potentiels afin de dégager leur **virtualité symbolisante** (Brun, 2014). Il ne s'agit pas seulement de repérer les jeux en souffrance et non achevés, mais aussi et surtout de leur donner un répondant spécifique qui transforme la nature de leur adressage. Le jeu a ainsi pour fonction d'explorer des solutions nouvelles à des expériences psychiques antérieures. Il s'agit ainsi de transformer la compulsion de répétition en compulsion à la symbolisation en fonction du répondant qui lui sera donné. Dans cette perspective, René Roussillon (2008) propose de classer les jeux en fonction du lien intersubjectif qu'ils impliquent. Il distingue ainsi :

- Le **jeu intersubjectif** qui nécessite de manière prépondérante un double qui aide le sujet à échoïser son expérience propre, à l'image du *jeu de la spatule* décrit par Winnicott (1941). Ce type de jeu ne peut se mettre en place qu'à deux, en fonction de ce que l'autre engage dans celui-ci.

SITUATION CLINIQUE : Le jeu de la spatule

Dans *L'observation des jeunes enfants dans une situation établie* (1941), Winnicott explique

comment il place sur son bureau une spatule et observe la manière dont les enfants s'en saisissent ainsi que le comportement de la mère à l'égard de l'enfant. Il raconte en particulier la façon dont une petite fille souffrant d'asthme, Margaret, âgée de sept mois, se saisit de ce petit objet. L'enfant est tout d'abord hésitante et met un certain temps avant de saisir la spatule et de la porter à la bouche. Lors de la deuxième consultation, elle saisit la spatule et la mord ardemment après une certaine hésitation. Elle la fait également tomber à plusieurs reprises, ce qui conduit Winnicott à la lui rendre. Winnicott précise alors que les crises d'asthme ne se produisaient pas n'importe quand en entretien : elles arrivaient en particulier lorsque l'enfant hésitait à prendre l'objet, soulignant ainsi la composante psychique du trouble et cliniquement son expression dans le cadre du jeu. Une autre situation décrite par Winnicott est particulièrement riche :

« Ce cas est celui d'une petite fille qui fut suivie entre six et huit mois en raison de troubles relatifs à l'alimentation, dont la cause première remontait probablement à une gastro-entérite infectieuse. Le développement affectif de l'enfant était perturbé par cette maladie et l'enfant restait irritable, insatisfaite et facilement malade après les repas. Tout jeu avait cessé ; à neuf mois, non seulement l'enfant n'avait pas du tout de relation satisfaisante avec les gens, mais elle commença aussi à avoir des convulsions. À onze mois, ces crises étaient fréquentes. À douze mois, l'enfant avait des crises suivies de somnolence. C'est à ce moment-là que je commençai à voir l'enfant à quelques jours d'intervalle en lui donnant vingt minutes d'attention personnelle, un peu selon la situation que j'appelle maintenant "situation établie", mais avec l'enfant sur mes genoux.

Lors d'une consultation, j'observai l'enfant sur mes genoux. Elle essaya furtivement de mordre mon doigt. Trois jours plus tard, elle était de nouveau sur mes genoux et j'attendais de voir ce qu'elle ferait. Elle me mordit trois fois le doigt si fort que la peau fut presque arrachée. Puis elle joua à jeter les spatules par terre sans arrêt pendant un quart d'heure. Pendant tout ce temps elle pleurait comme si elle était réellement malheureuse. Deux jours plus tard, je l'eus sur mes genoux pendant une demi-heure. Elle avait eu quatre convulsions les deux jours précédents. D'abord elle pleura comme d'habitude. Elle me mordit de nouveau le doigt très fort, cette fois sans montrer de sentiment de culpabilité, et puis elle joua à mordre et à jeter les spatules. Alors qu'elle était sur mes genoux, elle devint capable de prendre plaisir au jeu. Après un moment, elle commença à manipuler ses orteils.

Plus tard la mère vint me dire que depuis la dernière consultation elle n'était "plus la même". Elle n'avait pas eu de convulsions ; de plus, sans bromure, elle dormait bien la nuit et était heureuse toute la journée. Onze jours plus tard, l'amélioration subsistait, sans médicament ; elle n'avait pas eu de crise depuis quatorze jours et la mère demanda à cesser de venir.

Je rendis visite à l'enfant un an après et trouvais qu'elle n'avait eu aucun symptôme depuis la dernière consultation. C'était une enfant tout à fait en bonne santé, heureuse, intelligente et sociable, aimant jouer et exempte des angoisses courantes. »

- Le **jeu auto-subjectif**, se déroule pour sa part « seul en présence de l'autre », ce dernier opérant comme l'arrière-fond contenant du jeu. L'exemple typique en est le *jeu de la bobine* ▶ lors duquel le petit Ernst joue

avec une bobine symbolisant l'absence de sa mère tandis qu'il est observé par son grand-père Freud.

► Cf. [Chapitre 4](#).

- Le **jeu intrasubjectif** qui se déroule de manière solipsiste, indépendamment de la présence d'un observateur et dont le rêve sera le modèle paradigmatique. Le sujet a alors acquis suffisamment d'indépendance pour être en mesure de jouer seul de manière internalisée ou externalisée. Le jeu intrasubjectif nécessite néanmoins l'acquisition antérieure du jeu auto-subjectif qui implique lui-même l'acquisition du jeu intersubjectif. Chaque phase nouvelle du jeu ne supprime pas pour autant les précédentes et ces trois types de jeux participeront de la réalité psychique tout au long de la vie.

Une autre manière d'aborder les processus du jeu consiste à dégager quelques-unes de ses grandes **fonctions** (Lebovici & Diatkine, 1962 ; Roussillon, 2008). Nous pouvons en effet considérer le jeu comme une fonction psychique globale à travers laquelle s'exprimeront différents types de facteurs. Pour illustrer ce point, nous proposons, dans la lignée de ce qui a notamment été dégagé par René Roussillon (2008), trois fonctions classiques du jeu : la fonction de rassemblement, la fonction de représentation de l'absence et la fonction de destruction.

- La **fonction de rassemblement** (Bullinger, 2004) correspond à un premier type de jeu qui organise les expériences subjectives les plus précoces. Il s'agit pour le bébé d'être en mesure de rassembler son expérience subjective multisensorielle. À partir de l'appareil d'emprise constitué par la main, la bouche et les yeux, l'enfant tente ainsi de rassembler son expérience corporelle et de produire un premier « petit théâtre corporel » qui vient endiguer les excitations sensorielles (Cohen-Solal & Golse, 1999). Par exemple, la position fœtale met en scène ce travail de rassemblement de même que les différents jeux lors desquels l'enfant rassemble des éléments entre eux, à l'image des jeux de cubes ou les puzzles. L'enfant fait ainsi l'expérience de cette fonction de rassemblement dont les premiers linéaments sont à rechercher du côté de l'expérience corporelle maternelle contenant. Cette fonction est nécessaire à des niveaux de jeux plus élaborés en tant que précondition de l'activité symbolisante. Il arrive ainsi que le sujet – par exemple dans les TDAH – ne soit pas en mesure de suffisamment

rassembler son expérience pour pouvoir la transformer.

- La **fonction de représentation de l'absence** : La psyché doit se doter d'une représentation de l'absence de l'autre pour développer un sentiment continu d'existence, ce qui passe notamment par le jeu. Les formes que prendra ce jeu sont multiples et évolueront en fonction de l'âge de l'enfant. Il pourra s'agir de jeux de « coucou-caché » entre le bébé et la mère, mettant en scène le fait de disparaître et de se retrouver. Ce seront ensuite des jeux de « cache-cache » avec les pairs ou encore le « un-deux-trois soleil ». L'adulte joue lui aussi à ces jeux de présence et d'absence dans ses rapports de séduction en jouant « au chat et à la souris ». Lors d'entretiens psychothérapeutiques, le patient jouera lui aussi avec la présence et l'absence. Marks-Tarlow (2012) considère ainsi le jeu de cache-cache comme étant l'un des jeux prototypiques de qui se déroulent dans le cadre psychothérapeutique, s'agissant d'un dévoilement réciproque aussi bien du côté du patient que du thérapeute.
- La **fonction de destruction** : Ce type de jeu succède au jeu de construction selon une dialectique passant du « trouvé-crée » ► au « détruit-trouvé » (Roussillon, 2009a). La question de la destructivité est alors au premier plan, car elle permet de faire l'expérience de l'objet qui résiste à la destructivité. Ce processus, déjà souligné par Melanie Klein (1968) avec la notion d'agressivité, met en œuvre une composante fondamentale de l'appropriation subjective. Il convient en effet que le monde résiste à la destructivité interne afin de pouvoir se l'approprier. Il peut également s'agir d'un jeu symbolisant le fait que le sujet ne symbolise pas, une symbolisation de la désymbolisation exprimée fréquemment par le langage de l'acte. Les formes cliniques de ce type de jeu de destruction sont multiples. Il s'agit du petit enfant de trois à quatre ans qui éprouve le besoin de tout détruire lors de colères volcaniques. Mais aussi de l'enfant en période de latence qui joue des scénarios de guerre dans la cour de récréation. On pense également à l'adolescent qui exprime de manière répétée son agressivité envers le cadre éducatif parental.

► Cf. [Chapitre 6](#).

Il existe bien d'autres fonctions du jeu au-delà de ces quelques exemples. Ces fonctions ont tendance à s'emboîter à la manière de **l'emboîtement des enveloppes psychiques** décrit par Didier Anzieu (1987). Un premier

processus se met en œuvre par le biais du jeu, qui permet ensuite l'émergence d'un deuxième processus qui lui succède. Par exemple, dans le jeu de la bobine►, l'enfant doit être en mesure de jouer avec une ficelle pour pouvoir ensuite jouer avec une bobine, puis symboliser par leur intermédiaire la présence et l'absence de la mère, avant de pouvoir jouer avec sa propre présence ou absence dans le miroir. Les fonctions du jeu s'articulent ainsi et se succèdent les unes aux autres. Le processus de symbolisation se développe par conséquent selon des boucles récursives et auto-signifiantes de plus en plus complexes qui remettent en jeu des significations nouvelles nécessaires au processus d'**appropriation subjective**.

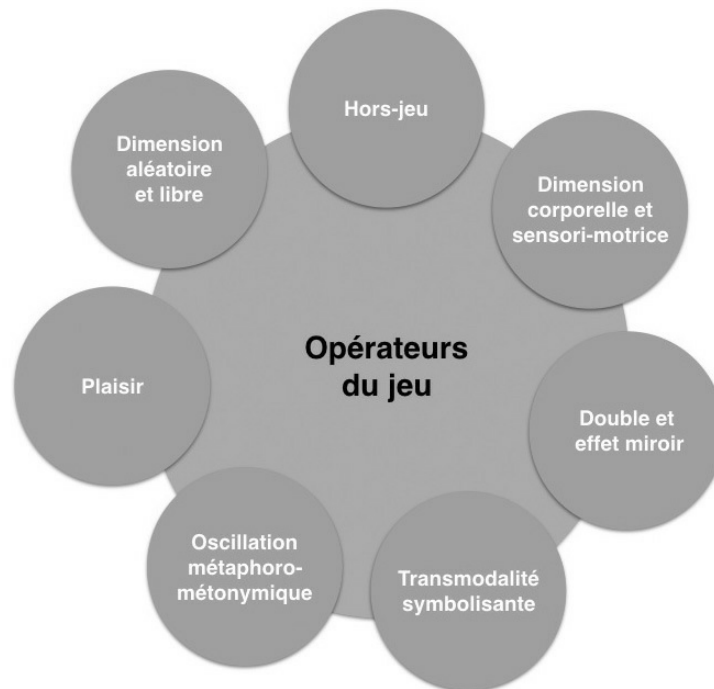
► Cf. [Chapitre 6](#).

3.3 Les opérateurs du jeu

Au-delà de ce premier repérage des processus du jeu selon leur fonction, il est possible d'approfondir leur compréhension en dégagant leurs opérateurs de base (Brun *et al.*, 2013). Il sera utile de les avoir à l'esprit dans la conduite de l'entretien et lors de la création d'un dispositif de groupe. Nous proposons de dégager sept opérateurs qui tendent à se combiner dans les différents types de jeu à symbolisation :

Fig. 2

Les sept opérateurs du jeu



1. Le premier de ces opérateurs concerne la dimension corporelle et sensori-motrice. Le sujet joue alors avec son corps et son expérience sensorielle. Chez l'enfant, lors de groupes à médiation, l'expérience subjective est ainsi transformée par le biais de l'expression sensori-motrice. Le processus de métabolisation passe en effet du corporel au psychique, de l'originnaire au secondaire, comme l'a notamment souligné Piera Aulagnier (1975), s'agissant d'un processus toujours à l'œuvre en toile de fond du psychisme[►]. Il existe ainsi un fond représentatif originnaire au sein duquel le corps, la psyché et l'autre demeurent indifférenciés. Ce processus de métabolisation tend parfois à s'enrayer et sa remise en jeu nécessite l'invocation des formes les plus archaïques de la psyché, là où se situent les premières configurations psychiques, au plus près du corporel et de l'autre.

► Cf. [Chapitre 6](#).

Ces formes originaires de l'expérience subjective évoluent parfois de manière pathologique et donnent naissance aux **signifiants formels** (Anzieu, 1987). Il s'agit des premières catégories de représentation de chose liées à l'espace et aux états corporels, permettant la symbolisation des

contenants psychiques, qui évoluent de manière pathologique. Ces contenants sont constitués d'images tactiles, de postures, d'éléments kinesthésiques et auditifs. Ils s'expriment habituellement en deçà de la trame narrative, sans sujet, sans spectateur, de manière hallucinée dans le corps ou la médiation elle-même. Il existe ainsi des états de base de la matière psychique qui seront convoqués lors de certains jeux, en particulier chez les enfants souffrant de troubles psychotiques ou autistiques (Haag, 1995 ; Meltzer & Haag, 1980).

Les signifiants formels

On retrouvera des traces préfiguratives de représentation psychique de l'ordre des signifiants formels dans la manière dont la feuille de dessin est traitée par les enfants souffrant de psychose infantile (Brun, 2006) : la feuille de dessin est arrachée (« une peau commune est arrachée ») ; les tubes de peinture sont atomisés (« ça explose ») ; l'enfant se laisse tomber de manière récurrente (« un appui s'effondre »). Il s'agit d'expériences « sans sujet » qui se transfèrent sur l'objet médiateur et qui correspondent à des « contenus » de pensée relatifs à la symbolisation primaire en attente d'un « contenant ».

SITUATION CLINIQUE : Des angoisses innommables

Des patients adultes pourront également être travaillés au corps par ces formes primaires de symbolisation. Un jeune homme âgé d'une vingtaine d'années décrit en consultation des crises d'angoisse dont il a du mal à parler et qui le conduisent à rester parfois alité durant plusieurs jours. Le simple fait de mettre des mots sur cette expérience lui est pénible et il exprime fréquemment son incapacité à le faire. Après plusieurs mois de thérapie, il parvient néanmoins à décrire cette expérience, non sans peine, expliquant que durant ces épisodes de grande souffrance, il a le sentiment que « ça explose et ça se condense en même temps ».

À l'image des signifiants formels, cette expérience est décrite au présent et sans sujet avec un pronom « ça » impersonnel. Elle correspond à un vécu corporel relevant potentiellement d'une faillite des premiers contenants psychiques selon une organisation paradoxale.

2. Un deuxième opérateur du jeu concerne **le double et son effet miroir**. Le processus de symbolisation nécessite en effet le passage par l'objet ou l'autre qui seront autant de doubles de l'expérience subjective. Ce processus prend notamment la forme, au cours des premières étapes de la vie, d'un double transitionnel qui se situe dans un espace indifférencié entre soi et autrui

(Jung, 2015). La mère doit alors être suffisamment accordée à son enfant pour partager avec lui son expérience de manière identique et transformable, comme nous l'avons abordé au [Chapitre 6](#). Le jeu nécessite ainsi la relance de cette relation duelle et de ce premier miroir qui permet l'intégration de l'expérience propre au sein d'une attention conjointe. Le recours au double de manière externalisée demeure ainsi l'un des outils privilégiés du processus de transformation de l'expérience subjective, en particulier lors du travail de création, comme en témoignent, par exemple, les relations épistolaires de Freud ou encore la figure de l'ami délogée par Anzieu (1981) comme étape essentielle de nombreux créateurs.

3. Un troisième opérateur du jeu concerne la **transmodalité symbolisante**. Elle désigne la manière dont l'activité psychothérapique s'étaye sur le transfert associatif entre modalités sensorielles (Rabeyron, 2015). Lorsqu'un processus ne parvient pas à son achèvement, le fait d'être exploré selon une autre perspective sensorielle ouvre la voie au processus de symbolisation. Le jeu fait un usage prépondérant de ce processus qui permet une métaphorisation de l'expérience interne selon un gradient allant des formes les plus primaires et inconscientes à des processus davantage secondarisés et conscients.
4. Un quatrième opérateur du jeu est **l'oscillation métaphoro-métonymique**. Ce concept de **Guy Rosolato** (1985) permet de mieux saisir la manière dont le processus de symbolisation opère par complexification croissante des jeux. Rosolato (1985) le définit comme un « mouvement non dialectique de sommation ou de passage potentiel par un virage toujours et en chaque instant possible, au moins virtuellement, entre articulation métonymique et articulation métaphorique ». Ce processus alterne des temps métaphoriques et métonymiques dans la symbolisation, intervenant aussi bien dans le champ des processus primaires que des processus secondaires. Ce concept rejoint un certain nombre de travaux en neurosciences cognitives qui soulignent l'importance de ces alternances de métaphores et de métonymies dans la psyché humaine (Lakoff & Johnson, 2003). Rosolato insiste sur le fait que cette alternance s'étend aux représentations non verbales – notamment à travers ce qu'il nomme les signifiants de démarcation (Rosolato, 1985) – par un mouvement d'oscillation qui montre la dimension indissociable de ces deux processus.

Guy Rosolato (1924-2012) : psychiatre et psychanalyste français qui a développé plusieurs concepts originaux comme la relation d'incertitude ou l'objet de perspective.

5. Un cinquième opérateur du jeu est le **plaisir**, voire de manière plus générale, le plaisir partagé. On ne saurait imaginer un jeu qui n'implique pas une dose minimale de plaisir, celui-ci étant nécessaire au travail d'intégration psychique par le filtre du principe de plaisir-déplaisir. Il s'agira donc de privilégier le plaisir partagé, le plaisir en double, condition nécessaire à la découverte de soi. L'enjeu d'un certain nombre de situations cliniques sera d'ailleurs de parvenir à transformer une expérience déplaisante en une expérience qui soit source suffisante de plaisir. Par exemple, dans un groupe à médiation, la stéréotypie d'un enfant autiste, enfermé dans une logique répétitive et solipsiste, pourra évoluer vers un jeu à deux. Le symptôme lui-même pourra ainsi être transformé à mesure qu'un rapport plus ludique sera entretenu à son égard. Le fait de pouvoir jouer avec son symptôme, voire même d'en rire – **l'humour** étant l'une des figures essentielles de ce travail – est également un élément fondamental de tout travail psychothérapique.
6. Un sixième opérateur du jeu est sa **dimension aléatoire et libre**. Le jeu à symbolisation ne peut être l'objet d'une contrainte, car une certaine liberté, indispensable au plaisir que nous venons d'évoquer, est nécessaire. Le jeu se déroule ainsi au sein d'un cadre qui permet l'émergence de l'inattendu afin qu'une certaine liberté soit présente, permettant au sujet de se surprendre lui-même. De ce point de vue, aussi bien le déroulement du jeu que les règles de celui-ci doivent être suffisamment indéterminés et souples, comme le souligne la distinction proposée par Winnicott (1971) entre le *Game* et le *Play*►.

► Cf. [Chapitre 6](#).

SITUATION CLINIQUE : De l'importance de l'inattendu

Dans le cadre d'une recherche sur les psychothérapies utilisant un manuel pour traiter un trouble spécifique chez l'enfant, le clinicien doit suivre un certain nombre d'étapes prédéterminées. Or, lors du premier entretien, un enfant choisit d'utiliser les feuilles de papier (normalement utilisées pour un questionnaire) pour réaliser de petits avions et emmène avec lui le clinicien dans un jeu spontané. Ce dernier ne peut le suivre au risque de se trouver hors du manuel, alors que son instinct de thérapeute le conduit naturellement dans cette direction. Ainsi, un protocole opératoire diminuera parfois la possibilité du sujet de mettre en jeu son expérience subjective. La dimension

aléatoire ouvre en revanche une spontanéité et une rêverie essentielles au travail psychothérapique sur laquelle insistent les psychothérapies psychodynamiques. Plus ce degré de liberté sera grand et plus le degré de symbolisation sera potentiellement favorisé.

7. Un septième opérateur du jeu est le **hors-jeu**. Les règles du jeu représentent une limite qui pourra être transgressée, un peu comme un attaquant de football flirte avec la zone de hors-jeu. Dans les différents dispositifs à symbolisation que pourront mettre en place les cliniciens, il sera donc essentiel de penser un espace pour l'émergence et l'accueil de ces processus. Il s'agit de la sorte d'un modèle du jeu à double enveloppe permettant de cadrer les processus aux limites. Les formes que pourra prendre le hors-jeu sont multiples. Lors d'un groupe, lorsqu'un enfant ne respecte pas les règles (par exemple, en s'en prenant de manière répétée à un autre enfant), il lui sera proposé de rester quelques minutes, avec un soignant, hors du groupe, qu'il pourra réintégrer ensuite. Pour certains enfants, le fait de pouvoir ainsi flirter avec les limites du groupe, et surtout, rester malgré cela dans celui-ci, est fondamental pour pouvoir exprimer et intégrer les processus de ce type. Ceci est particulièrement vrai chez l'adolescent qui a un intérêt pour l'exploration des limites du cadre dont il a besoin de vérifier la solidité afin d'en intégrer la valence contenante. Chez l'adulte, l'absence aux entretiens pourra également être considérée comme relevant de ce hors cadre dont les règles auront été pensées au préalable.

4. La médiation

4.1 De l'art-thérapie aux médiations thérapeutiques

Nous allons terminer par quelques éléments relatifs à la façon dont l'usage de médiations peut favoriser les processus de symbolisation (Rabeyron, 2017). Qu'il s'agisse de la musique, la peinture, la terre glaise, les marionnettes, l'écriture ou encore le théâtre, les services de soins psychiques font en effet fréquemment usage de médiations thérapeutiques dans la prise en charge de leurs patients. Elles sont en particulier utilisées auprès de populations pour lesquelles les cadres psychothérapiques plus traditionnels semblent inappropriés ou insuffisants. Ainsi, l'autisme, la psychose, la psychopathie et certains sujets présentant des tendances antisociales ou des troubles

psychosomatiques peuvent correspondre à quelques-unes des pathologies pour lesquelles les médiations thérapeutiques seront fréquemment envisagées. Ces pathologies ont notamment pour point commun les **situations limites de la subjectivité** dans lesquelles le processus de symbolisation est mis en défaut à ses niveaux les plus primaires. Ces registres archaïques semblent ainsi produire une sorte d'appel naturel de ces problématiques cliniques vers les pratiques de la médiation. Nous allons reprendre plusieurs principes propres à ces pratiques pour conclure cette brève exploration des modèles de symbolisation et du changement en psychothérapie.

Un certain nombre de présupposés concernant l'usage des médiations se retrouvent dans l'œuvre freudienne, notamment *La Gradiva* (Freud, 1907), les analyses d'*Un souvenir d'enfance de Léonard de Vinci* (Freud, 1910) ou encore les réflexions développées dans *Le Moïse de Michel-Ange* (Freud, 1914). Les hypothèses de Freud concernent alors la **sublimation**, à savoir la manière dont le travail du créateur est considéré comme dérivation des désirs sexuels. L'œuvre permet ainsi l'expression d'un désir qui fait écho aux désirs inconscients des spectateurs en produisant une libération des pulsions. En ce sens, l'œuvre d'art permet d'échapper à la névrose en s'inscrivant à la place du symptôme. Cette lecture classique du travail de création que propose Freud s'en tient néanmoins à **l'analyse du contenu** des œuvres au détriment de leur contenant.

Il faudra attendre plusieurs de ses successeurs pour voir véritablement émerger les éléments constitutifs d'une théorie des médiations. C'est ainsi qu'Anna Freud (1951) et Melanie Klein (1946) feront usage du dessin dans la rencontre clinique avec l'enfant. Donald Winnicott (1971) poursuivra ces travaux avec le concept **d'espace transitionnel** qui développe plus avant l'intersubjectivité partagée nécessaire au déploiement du processus de symbolisation ▶. L'intérêt des cliniciens tendra ainsi à quitter progressivement la sphère purement intrapsychique et l'analyse du contenu qui lui est liée, pour se tourner davantage vers une compréhension des **contenants de pensée** dans l'espace de la rencontre clinique, tournant essentiel pour élaborer dans leur ensemble les processus de la médiation.

► Cf. [Chapitre 6](#).

La théorisation de ces pratiques par la psychologie clinique psychanalytique

invite également à penser la médiation selon deux paramètres supplémentaires à l'art-thérapie que sont le **transfert** et **l'associativité** (Brun *et al.*, 2013) :

- la prise en compte du transfert conduit à étudier les processus de la médiation par le biais de la rencontre avec un autre sujet ;
- celle-ci produit de la sorte un transfert de l'associativité de la vie psychique du patient de manière externalisée et focalisée sur le médium. Il existe par conséquent une double associativité qui guide ces pratiques : une associativité interne relative à la vie psychique des sujets et une associativité externe transférée dans la médiation.

4.2 Hypothèses métapsychologiques et médiations thérapeutiques

Comme pour le jeu, nous pouvons dégager plusieurs hypothèses propres aux processus de l'objet médiateur. Freud (1913) remarque dans *Totem et Tabou*, à propos de l'objet **animique**, la tendance spontanée de la psyché à projeter ce qui l'anime dans les objets qui l'entourent. Elle imprime son empreinte psychique par un mouvement de projection qui permet de se débarrasser des pensées en mal d'élaboration. Il s'agit d'une tentative de résolution de la conflictualité interne par une **projection sur l'objet**. Freud remarque également que la psyché vise ainsi à représenter les processus eux-mêmes de manière extériorisée lorsque ses capacités de représentation sont dépassées. Dès lors que le sujet n'est plus en mesure d'élaborer un processus à l'intérieur de lui-même, celui-ci en arrive naturellement à déborder sur la médiation, qui vient en quelque sorte éponger le processus intrapsychique en souffrance.

Animisme : tendance à projeter dans la matière minérale ou biologique des contenus psychiques.

1. Une première hypothèse princeps émerge donc pour penser les logiques des médiations thérapeutiques : il existe une tendance naturelle de la psyché à mettre en scène ses processus de manière extériorisée dans le but de les élaborer. Si cette dynamique a pu historiquement être pensée comme un phénomène pathologique – sous forme d'identification projective[►] –, elle correspond en réalité à une logique d'ensemble du fonctionnement psychique, à savoir la nécessité qu'une « forme sensible soit donnée à l'expérience » (Brun *et al.*, 2013) pour que la psyché puisse se ressaisir elle-même de manière réflexive. On observe ainsi une relation subtile entre le

processus à l'origine de la projection dans la matière sensible et sa représentation par cette matière qui, selon un effet miroir, produit en retour une intégration du processus psychique initial. Il ne s'agit donc pas simplement de l'expression d'un contenu psychique en souffrance qui cherche à être hébergé dans l'environnement, mais plutôt d'une interrelation réciproque et subtile entre le contenu et le contenant. C'est le processus même de projection qui permet à la psyché de se représenter son expérience comme l'illustre cette célèbre formule d'André Gide : « En art, seule la forme compte ». La signification – le contenu psychique – ne préexiste donc pas à l'œuvre, elle est immanente à celle-ci, car la matière même de l'œuvre fait advenir son contenu dans un lien indissociable entre contenu et contenant.

► Cf. [Chapitre 8](#).

2. Une deuxième hypothèse fait suite au principe repéré par Freud dans le champ de l'hystérie : « L'hystérique souffre de réminiscence ». La même logique pourra trouver son expression dans la psychose si l'on considère le délire et l'hallucination du patient psychotique comme le retour d'un « morceau de vérité historique ». Ainsi, certains pans de l'expérience qui n'ont pu être intégrés dans la subjectivité conduisent à de multiples formes d'expressions psychopathologiques. Il semble donc exister **une mémoire archaïque composée d'éléments traumatiques ayant laissé une trace mnésique qui n'a pu traverser convenablement le processus de symbolisation**. Ces éléments non transformés semblent en attente de conditions environnementales plus favorables à leur expression, à l'image de ces espèces animales qui demeurent dans un état d'inactivité dans l'attente de conditions adaptées à la relance de leurs processus métaboliques. Le contact avec la « matière à symbolisation », comme la nomme Bernard Chouvier (1998a), fera alors office d'attracteur et d'embrayeur du processus de transformation de ces sensations inélaborées, potentiellement traumatiques, qui se mettront ainsi progressivement en forme dans la rencontre avec la médiation.
3. Le retour de ces éléments non symbolisés se fera selon les caractéristiques sensorielles actuelles de la médiation. Cette troisième hypothèse oriente de manière concrète le type de médiation qui sera utilisé et les travaux de **Marion Milner** (1979) sont particulièrement éclairants de ce point de vue pour comprendre l'importance des caractéristiques sensorielles de la

médiation. Milner souligne le rôle essentiel de **l'illusion dans la formation du symbole** et le besoin d'un intermédiaire entre la réalité interne et la réalité externe. Les particularités de la médiation seront fondamentales dans ce processus comme l'illustrent, par exemple, les propriétés plastiques de la pâte à modeler. À son image, la médiation, considérée comme un médium malléable, se doit d'être saisissable, on doit avoir une « prise » sur elle pour être en mesure de la prendre, la laisser, la reprendre, le processus symbolisant opérant par un triptyque temporel de prise, déprise, reprise (Roussillon, 2008) à l'image de la temporalité des séances du groupe à médiation. Ce médium doit également avoir une consistance propre et immuable qui lui permet d'être tout à la fois indestructible et prévisible. Il se doit enfin d'être transformable afin de garder l'empreinte de la psyché en fonction de son endurance et de sa sensibilité.

Marion Milner (1900-1998) : artiste et psychanalyste britannique qui fut proche des théories de Winnicott. Elle développa en particulier le concept de médium malléable.

4. Une quatrième hypothèse porte sur le fait que **les propriétés de la médiation doivent faire écho à certaines caractéristiques de la réalité psychique**. Il doit exister une forme de résonance suffisante entre la psyché et la médiation pour que puissent émerger des **boucles de symbolisation** entre la vie psychique et la matière. La matière psychique se caractérise ainsi, à ses niveaux les plus sensoriels, par la nécessité de se synchroniser et de s'accorder avec l'environnement. Ces éléments théoriques éclairent les raisons pour lesquelles il est essentiel de penser les propriétés de la médiation en fonction de la vie psychique du sujet qui devra s'en saisir. Ce n'est pas la même chose de travailler avec un hamster, un poney, une feuille de dessin ou de la pâte à modeler selon qu'on soit un nourrisson, un adolescent ou une personne âgée. Les processus en souffrance, le contenu, nécessitent ainsi un contenant aux propriétés suffisamment identiques pour que puisse émerger le processus de symbolisation dans son entièreté.

4.3 Le cadre, le groupe et l'associativité formelle

Les processus de la médiation doivent également être pensés en fonction du cadre au sein duquel ils émergent. Ceux-ci viendront en effet se transférer dans le cadre même comme l'a souligné Joseph Bleger[►]. Lors de groupes à médiation avec des enfants autistes, on observe fréquemment, durant les premières séances, des **conduites d'exploration du cadre** (suivre le contour

de la pièce, vérifier ce qui se cache derrière une porte, etc.). Ces conduites apparaissent comme une forme de symbolisation du cadre lui-même en tant que premier contenant et préfiguration de l'activité de symbolisation.

► Cf. [Chapitre 5](#).

La **dynamique groupale** est tout aussi essentielle pour la compréhension des processus de la médiation, ceux-ci ne prenant sens que dans leur émergence au sein de l'espace groupal. Ainsi, comme le soulignait Didier Anzieu, on entre en groupe comme on entre en rêve, le groupe étant une voie d'accès privilégiée à l'espace d'illusion nécessaire au processus de symbolisation. L'entrée en groupe se fera plus précisément par une phase d'**illusion groupale** (Anzieu, 1975) qui étaye et catalyse le processus de symbolisation. Un holding groupal est ainsi nécessaire pour que s'expriment les processus de symbolisation. Il se produit alors un **transfert par diffraction** sur le cadre, le groupe et la médiation en fonction des dynamiques complexes et indissociables du fait même du caractère d'illusion du groupe qui tend à supprimer la différenciation soi/non-soi. Bernard Chouvier (2013) remarque à ce propos que les débuts du groupe conduiront fréquemment à son introjection comme premier contenant donnant lieu à sa matérialisation dans les premières productions de l'enfant.

La rencontre des théories du médium malléable associées aux recherches sur le groupe conduit alors à étudier d'une manière originale la **chaîne signifiante groupale** (Kaës, 2000) qui se déploie dans les groupes à médiation. Celle-ci ne se réduit pas aux signifiants verbaux : elle est constituée d'une association de formes – une **associativité formelle**, comme la nomme Anne Brun (2014) – en étayage sur l'objet médiateur et le transfert diffracté dans le cadre et le groupe. Il s'agit d'une associativité essentiellement non verbale, une dynamique mimo-gestuo-posturale, qui s'incarne selon un certain choix d'objet dans le groupe. C'est l'enfant qui se saisit de tel pinceau, puis de tel rouleau, qui produit telle figure, pour ensuite interagir de telle manière avec les thérapeutes de sorte qu'émerge progressivement, à l'image d'une partition de musique, une véritable partition du processus de symbolisation. Il existe ainsi une **associativité polymorphique** indissociable du transfert qui s'exprime au sein du cadre, du groupe et du médium (Roussillon, 2012).

SITUATION CLINIQUE : L'usage des médiations thérapeutiques dans la psychose infantile

Les travaux d'Anne Brun (2014, 2015) auprès d'enfants souffrant de troubles de psychose infantile illustrent cette clinique relative aux processus de symbolisation primaires. Ces enfants, lors de groupes à médiation utilisant la peinture, sont en difficulté pour produire un récit au sein du cadre contenant de la feuille de dessin. Ils nous parlent alors d'une autre histoire, une histoire des origines du processus de symbolisation, qui s'exprime sous forme de traces sensorielles, affectives et motrices. Par conséquent, ces enfants auront tendance à trouer la feuille de dessin, à vider les pots de peinture, exprimant dans le langage de l'acte les angoisses de vidage et de chute qui les animent. Ils projettent ainsi sur la matière même de la médiation des vécus de démantèlement qui les empêchent de produire un espace de représentation suffisamment stable et sécurisant. Ils ne peuvent produire les éléments nécessaires à l'émergence de ce que Lewin (1946) décrit comme l'« écran blanc du rêve », un espace de représentation intrapsychique permettant l'inscription et la représentation de l'expérience subjective. Face à l'absence d'un tel dispositif interne de représentation, le clinicien se trouvera confronté à ce qu'Artaud nomme le « fond crevé de la représentation » (Brun, 2009), celui-ci prenant la forme d'expressions énigmatiques de destructivité, de traces, de giclures et d'explosions. Ces expressions ont un sens qui témoigne d'une tentative de mise en jeu des expériences les plus archaïques. L'attention du clinicien se portera alors sur les expressions sensorielles et motrices les plus primaires et relevant de l'associativité formelle (Brun, 2014).

(Brun & Roussillon, 2014). Il existe ainsi un langage composé de messages auxquels il faut pouvoir répondre afin qu'ils deviennent signifiants pour le sujet. Il est donc nécessaire que le clinicien propose une réponse qui ouvre sur des potentialités et qui permette de donner une réponse favorable à des expériences archaïques non intégrées.

4.4 Destructivité, espace à symbolisation et médiations thérapeutiques

Lorsque les différents ingrédients évoqués précédemment sont présents, on observe des récurrences dans les processus qui se déploient au sein des groupes à médiation. Il s'agit tout d'abord d'être attentif à **l'évolution temporelle** des productions, celles-ci pouvant être conceptualisées comme une suite de jeux qui opère par reprise dans le jeu actuel du jeu précédent. Le sujet projette quelque chose de lui-même dans la médiation par petits bouts qui sont ensuite « repris à l'objet ». Ces temps de reprise qui caractérisent le processus de symbolisation prennent souvent la forme des **moments sacrés**

décrits par Donald Winnicott. Le temps suspend alors son vol pour produire dans l'intersubjectivité et le plaisir partagé une appropriation subjective nouvelle. Les Grecs désignaient du terme de *kairos* (Brun *et al.*, 2013) cette « opportunité qui passe » produisant une relation particulière à la durée. Le *kairos* se caractérise également par un plaisir intense et partagé donnant lieu à une forme de jubilation issue de la rencontre de soi à travers l'objet.

Les éléments non intégrés qui font alors retour dans ce contexte seront aussi du registre de l'**agressivité** et de la **haine**. Certaines logiques d'expression demandent en effet à pouvoir s'exprimer de manière totale dans l'objet pris dans cet espace d'illusion qui permet l'émergence du symbole. La rencontre avec la médiation engendre ainsi fréquemment une relation impitoyable, particulièrement visible dans le champ des pathologies lourdes. Cette relation prendra par exemple la forme d'un enfant qui attaque le corps des soignants (au niveau du cou, du visage, des cheveux, etc.). Il ne s'agit pas d'interpréter ou d'empêcher l'émergence de cette relation, mais de la laisser s'exprimer en fonction de ce qui est tolérable par les soignants.

On pourra enfin remarquer certaines formes plus subtiles de ce processus de représentation dans l'espace des médiations thérapeutiques, à savoir les logiques de **représentation de l'absence de représentation** (Brun *et al.*, 2013, p. 54). Green et Donnet (1973) ont souligné comment la première étape du processus de symbolisation consiste à être en mesure de produire une représentation du fait qu'on ne représente pas. Il faut être capable de s'extraire de la sensorialité – ne pas percevoir l'objet – par **l'hallucination négative**►, pour se ressaisir de l'objet intérieurement. Par exemple, pour que l'enfant parvienne à créer une représentation mentale du sein, il doit être en mesure de s'extraire de la perception de celui-ci.

► Cf. [Chapitre 8](#).

Il est par ailleurs nécessaire de développer un espace vide ou blanc sur lequel viendra s'inscrire cette représentation pour que puisse émerger cette représentation interne, de la même manière qu'au cinéma un film ne pourra être projeté que s'il existe dans un premier temps un **écran blanc**. La psyché a besoin sur ce modèle de construire un espace vierge dont les propriétés mêmes auront un impact sur les particularités du contenu projeté. Cet **espace à symbolisation** est une préforme du processus de symbolisation dans son ensemble, une forme de représentation nécessaire à la représentation elle-

même qui fait défaut à certains sujets. La médiation sera alors utilisée comme matière première de la construction de cet **écran psychique vierge**. Pour cela, il est essentiel que l'objet médiateur « ne symbolise rien en particulier » afin qu'il puisse **symboliser la symbolisation** (Roussillon, 2008). La matière à symbolisation doit être en effet suffisamment informe pour laisser émerger la représentation du processus de représentation et c'est le transfert de ce processus même, sur un objet informe, qui permet son ressaisissement par le sujet. Il est ainsi progressivement possible de développer une représentation de l'activité de représentation qui intègre de manière intime la représentation de l'absence de représentation.

Ainsi s'achève ce panorama global des différentes formes que pourra prendre le processus de symbolisation, que ce soit par le rêve, le jeu ou la médiation. Cette exploration apparaît ainsi comme le dernier maillon du processus que nous avons souhaité déployer tout au long de cet ouvrage dans le but de découvrir la vie psychique et ses particularités.

À RETENIR

- La **prise en charge sur les plans psychiatrique et psychologique** dépend, dans le milieu hospitalier, de **secteurs** de psychiatrie et de pédopsychiatrie. Les **Centres Médico-Psychologiques** sont les structures vers lesquelles les personnes souffrant de troubles psychologiques pourront se tourner. De nombreuses autres structures de soin existent au sein desquelles les psychologues cliniciens pourront être amenés à travailler.
- Face aux diverses demandes et situations des patients, plusieurs dispositifs existent : **psychothérapies de soutien, psychothérapies individuelles, psychothérapies de groupe et psychothérapies institutionnelles**.
- Il existe actuellement cinq grands courants psychothérapiques : **d'inspiration psychanalytique, cognitivo-comportemental, systémique, humaniste et associé aux états modifiés de conscience**. Chacun de ces courants propose des modalités de prise en charge associées à des ensembles théoriques et conceptuels qui guident le clinicien.
- **L'évaluation des psychothérapies** est un champ complexe, objet de débats, qui met actuellement en évidence des différences peu importantes, en termes d'efficacité, entre les divers courants théoriques. **L'alliance thérapeutique** apparaît comme un facteur essentiel de l'efficacité d'une psychothérapie. Il existe en revanche des variations sensibles d'un **thérapeute** à un autre.
- Le **rêve**, le **jeu** et la **médiation** sont trois voies privilégiées des modes de **symbolisation** en thérapie. Le rêve est classiquement considéré comme la **voie royale d'accès à l'inconscient**. Il est l'objet de plusieurs **processus de déformation** (condensation, déplacement, renversement dans le contraire). Il est possible, dans le cadre de la thérapie, de **l'interpréter** et de décrypter son **contenu** latent qui vient à exprimer la dynamique psychique du patient.
- Le **jeu** est une activité essentielle de la vie psychique. La psychothérapie favorisera l'émergence de **jeux non joués** de la petite enfance. Le **répondant** spécifique qui sera apporté à des éléments non symbolisés

aidera à transformer la compulsion de répétition en **compulsion de symbolisation**. Plusieurs types, fonctions et opérateurs du jeu apparaîtront dans l'espace thérapeutique.

■ La **médiation** utilise la tendance spontanée de la psyché à projeter dans l'objet ce qu'elle ne parvient pas à symboliser. Les médiations thérapeutiques s'appuient également sur l'analyse du **transfert** et de **l'associativité**. La **dynamique groupale**, l'étude de **l'associativité formelle** et l'émergence de **l'agressivité** seront des ingrédients essentiels dans la mise en place et le développement d'un groupe à médiation thérapeutique.

NOTIONS CLÉS

- Alliance thérapeutique
- Associativité formelle
- Conditionnement
- Double lien
- Effet dodo
- Grands courants psychothérapeutiques
- Médium malléable
- Perceptude
- Processus de symbolisation
- Psychodrame
- Représentation de l'absence de représentation
- Secteur
- Signifiants formels
- Sublimation
- Virtualité symbolisante

POUR ALLER PLUS LOIN

BECK A.T. (1976), *La thérapie cognitive et les troubles émotionnels*, Bruxelles, De Boeck, 2010.

CHAMBON O., MARIE-CARDINE M. (2003), *Les bases de la psychothérapie*, Paris, Dunod.

HALEY J., ROBERT F. (1995), *Un thérapeute hors du commun : Milton H. Erickson*, Paris, Desclée de Brouwer.

FREUD S. (1900), *L'interprétation des rêves*, Paris, PUF, 1967.

ROGERS C. (1942), *La relation d'aide et la psychothérapie*, Paris, ESF, 2008.

ROUSTANG F. (1994), *Qu'est-ce que l'hypnose ?* Paris, Éditions de Minuit.

STERN D. (2003), *Le moment présent en psychothérapie*, Paris, Odile Jacob.

WATZLAWICK P. et coll. (1979), *Une logique de la communication*, Paris, Seuil.

ENTRAÎNEMENT

QUIZZ

1. Combien existe-t-il actuellement de formes différentes de psychothérapies ?
2. Quelle est l'approche que Jean Oury a largement contribué à développer ?
3. Dans quelle tradition théorique s'insère Wilfred Bion ?
4. Quel auteur, intervenant dans les champs des TCC, a développé des outils pour lutter contre la dépression ?
5. Quelle approche psychothérapique a développé la notion de double lien ?
6. Citez deux auteurs qui utilisaient l'hypnose dans leur pratique.
7. Qu'est-ce que l'effet dodo ?
8. Quels sont les trois mécanismes principaux de déformation des rêves ?
9. Quels sont les trois types de jeux dégagés par René Roussillon ?
10. En quoi consiste l'associativité formelle ?

Exercices

- Durant quinze jours, prenez pour habitude de rédiger les rêves dont vous vous souvenez au matin. Explorez les associations qui vous viennent spontanément à leur sujet. Interrogez-vous concernant la signification éventuelle de ces rêves.
- Reprenez le rêve et les associations d'Émilie présentés dans la partie concernant les processus du rêve. Dégagez une interprétation complémentaire de celle qui a été proposée.
- Pour en savoir plus sur la psychanalyse et la neuropsychanalyse, suivez le MOOC de Marc Solms intitulé « What is a mind ? » : <https://www.futurelearn.com/courses/what-is-a-mind>
- Consultez les petites vidéos d'introduction concernant Freud, Klein, Lacan, Winnicott, etc., de la chaîne Youtube « The school of life » : <https://www.youtube.com/watch?v=8Druqwt9eHU&t=4498s>

Conclusion générale et perspectives de formation

Un bref temps de synthèse s'impose avant de conclure cet ouvrage. Partant de certains repères historiques et actuels concernant la pratique du psychologue clinicien, nous avons abordé ses outils essentiels (l'observation, l'entretien et l'étude de cas) avant de nous plonger dans une découverte des grands principes organisateurs orientant le développement de la réalité psychique. Ces différents éléments nous ont ensuite conduit à un tour d'horizon des principales formes de psychopathologie avant de conclure par une première représentation du soin psychique à la rencontre des différents courants psychothérapiques. Quelques repères relatifs au déploiement des processus de symbolisation par le biais du jeu, du rêve et de la médiation ont également été utiles dans cette exploration des particularités de la vie psychique.

Cet ouvrage a également été pensé comme un carrefour qui pourra donner lieu à plusieurs formes d'**approfondissement** tout au long du cycle de licence :

- En consultant **les ressources en ligne**, constituées d'exercices et d'études de cas vous permettant d'aller plus loin dans la maîtrise des notions abordées. Ces ressources sont complémentaires à celles que vous pouvez consulter à la fin de chaque chapitre et sont accessibles à cette adresse : www.armand-colin.com/ean/9782200619527
- En consultant le **parcours de lecture** proposé en début d'ouvrage. Ce choix ne doit pas, bien entendu, empêcher de se tourner vers d'autres lectures. Il pourra néanmoins aider l'étudiant qui le souhaite à se constituer une sorte de « colonne vertébrale théorique », faite d'écrits qu'il nous a semblé pertinent de consulter. Ce parcours répond ainsi à une question souvent posée par les étudiants de licence : « Que nous conseillez-vous de lire en priorité ? ». Des approfondissements au niveau des lectures sont également possibles en suivant les références proposées à la fin de chaque chapitre et dans la bibliographie générale en fin d'ouvrage.
- Par l'ensemble des **enseignements du cycle de licence** qui viendront

approfondir les connaissances au contact direct des enseignants et des psychologues cliniciens chargés d'enseignement. De ce point de vue, nous ne pouvons qu'encourager les étudiants à choisir avec soin leurs **options** durant le cycle de licence afin de présenter un dossier cohérent à la fin de celui-ci. Il est également important d'avoir à l'esprit que les enseignements dispensés ne sont pas suffisants pour l'entrée en Master : s'ils représentent le squelette, c'est à vous de construire les muscles par des **lectures** et la participation éventuelle à des **manifestations** enrichissant votre connaissance de la discipline (conférences, congrès, journées d'étude, etc.).

- Les **expériences de stage** permettront de mettre au travail les éléments théoriques acquis à l'université et dans vos lectures. Il n'est pas toujours facile de trouver un stage en licence, mais la rencontre avec la clinique dès ce cycle est essentielle pour comprendre certains concepts. Ces premières expériences seront peut-être aussi l'occasion d'un **étonnement** concernant un éventuel écart entre les représentations de l'étudiant et la réalité des terrains. Cela favorisera le développement d'un projet professionnel cohérent et mature. De ce point de vue, les stages en milieux psychiatriques et pédopsychiatriques devront être privilégiés car ils permettront un premier aperçu de la psychopathologie. Cet ouvrage invite également à une posture et à une **curiosité clinique** qui s'étendent au-delà des stages et de la pratique en milieu institutionnel. Cette curiosité pourra porter sur de nombreuses productions humaines (films, livres, œuvres d'art, etc.), tout en évitant les écueils de l'analyse sauvage d'autrui.

Ce parcours aidera ainsi à l'acquisition d'un ensemble de **compétences théorico-cliniques** relevant aussi bien du **savoir théorique**, du **savoir-faire** que du **savoir-être**. Pour aider l'étudiant à appréhender au mieux ces champs de compétences, un référentiel proposé en fin d'ouvrage lui permettra de se représenter certains attendus en fin de Master (en particulier dans une orientation psychodynamique). Le fait d'avoir ainsi, dès la première année de licence, un aperçu de ces attendus encouragera chacun à penser son processus de formation dès l'arrivée à l'université. Enfin, nous espérons que vous aurez pris du plaisir dans cette première exploration du champ de la psychologie clinique et de la réalité psychique.

Compétences du psychologue clinicien

	Compétences	Niveau de compétences						
Savoir	Compréhension des enjeux épistémologiques (Latent/Manifeste ; Relation Observateur/Observé ; Relation d'incertitude)	0	1	2	3	4	5	
	Connaissance globale des théories, auteurs et concepts et des évolutions paradigmatiques majeures	0	1	2	3	4	5	
	Capacité à articuler théorie et pratique	0	1	2	3	4	5	
	Savoir repérer et travailler avec les mécanismes de défense et les relations d'objet	0	1	2	3	4	5	
	Savoir repérer et travailler avec la triade : inhibitions, symptômes, angoisses	0	1	2	3	4	5	
	Savoir repérer et travailler avec les éléments de psychopathologie de la vie quotidienne : les rêves, les lapsus, les actes manqués , etc.	0	1	2	3	4	5	
Savoir-être	Capacités d'observations externe (verbal, non-verbal) et de contact au réel	0	1	2	3	4	5	
	Savoir repérer et travailler avec la dynamique transférentielle	0	1	2	3	4	5	
	Capacité de contact et de contenance émotionnelle	0	1	2	3	4	5	
	Capacité de transformation et de relance du processus de symbolisation	0	1	2	3	4	5	
Savoir-faire	Capacité à produire des interprétations et des constructions et langage de l'accomplissement	0	1	2	3	4	5	
	Réaliser des test et des bilans d'orientation psychanalytique (D10, AT9, Patte noire, Rorschach, TAT, CAT)	0	1	2	3	4	5	
	Utilisation des médiations thérapeutiques	0	1	2	3	4	5	
	Mener un groupe thérapeutique (familial, psychodrame, photolangage)	0	1	2	3	4	5	

0 : Aucune compétence ; **1** : Début d'acquisition ; **2** : En cours d'acquisition ; **3** : maîtrise partielle ; **4** : bonne acquisition ; **5** : excellente acquisition

Ce tableau propose de manière condensée certaines compétences attendues de la part d'un psychologue clinicien. L'objectif n'est pas tant d'être exhaustif que de proposer quelques repères qui pourront être utiles au clinicien en formation.

Chapitre 1

1. Quelle est l'étymologie du mot psychologie ?

Le terme psychologie a pour origine l'expression latine *psychologia* qui apparaît au XVI^e siècle et dérive elle-même du grec ψυχή (*psukhê*), signifiant âme ou esprit, et de λογία (*logos*) qui correspond au discours ou à la raison.

2. Quels sont les quatre grands types de « psy » ?

Psychologue, psychiatre, psychothérapeute, psychanalyste.

3. Le titre de psychologue clinicien est-il protégé par la loi ?

Oui, depuis juillet 1985.

4. Qu'est-ce que l'ARS et que peut-elle délivrer aux psychologues ?

Les Agences Régionales de Santé (ARS) sont des établissements publics administratifs, créés en 2010, qui s'occupent de la mise en œuvre de la politique de santé dans les régions. Elles délivrent notamment le titre de psychothérapeute.

5. Quelle est la différence entre la clinique à mains nues et la clinique instrumentale ?

La clinique à mains nues correspond à l'usage de l'observation et de l'entretien clinique comme méthodes d'investigation et d'intervention sur le plan psychique tandis que la clinique instrumentale privilégie l'utilisation d'outils, en particulier les tests et les échelles.

6. Quelle est la différence majeure entre un psychiatre et un psychologue clinicien lors d'une prise en charge ?

Le médecin peut prescrire des médicaments de par sa formation médicale.

7. Le titre de psychothérapeute est-il protégé par la loi ?

Oui, depuis mai 2012.

8. Comment devenir psychanalyste ?

En effectuant soi-même une analyse et en participant au processus de formation au sein d'une société psychanalytique.

9. Qu'est-ce que la psychopathologie ?

La psychopathologie se définit comme l'ensemble des connaissances qui visent à décrire, expliquer et comprendre l'expression des pathologies mentales, leurs processus et leur évolution au regard de la dynamique psychique du sujet.

10. Quels sont les cinq grands courants psychothérapiques ?

D'inspiration psychanalytique, cognitivo-comportementaliste, systémique, humaniste, associé aux états modifiés de conscience.

Chapitre 2

1. De quel pays était originaire Franz Anton Mesmer ?

Autriche.

2. Qu'utilisait Mesmer au début de sa pratique ?

Des aimants.

3. Quelle différence observe-t-on dans les résultats obtenus par Mesmer et Puységur ?

Mesmer obtient des états de crise tandis que la pratique de Puységur conduit à un état de transe somnambulique.

4. Comment Puységur découvre-t-il la première fois l'état somnambulique ?

En hypnotisant un paysan du nom de Victor.

5. Qui a largement amélioré le cadre thérapeutique ?

Joseph Philippe François Deleuze et l'Abbé Faria.

6. Quel épisode historique est fréquemment repéré comme étant à l'origine du spiritisme ?

Le spiritisme prend naissance en 1848, à Hydesville, dans l'État de New York, quand deux jeunes filles, Margaret et Kate Fox, rapportent de mystérieux coups frappés dans les murs de leur maison et pensent rentrer en communication avec un défunt par le biais du code morse.

7. Quelles sont les deux grandes écoles abordant l'hypnose à la fin du XIX^e siècle ?

L'école de Nancy et l'École de Salpêtrière.

8. Qui a inventé le terme de subconscient ?

Pierre Janet.

9. Dans quel ouvrage Daniel Lagache propose-t-il sa vision de la psychologie clinique française ?

L'unité de la psychologie.

10. Juliette Favez-Boutonnier porte davantage son intérêt en clinique sur... ?

L'intersubjectivité et la clinique à mains nues.

Chapitre 3

1. Quel auteur a proposé la notion d'hypercomplexité ?

Edgar Morin.

2. Quels sont les trois types de savoir que doit acquérir le psychologue clinicien ?

Savoir théorique, savoir-faire et savoir-être.

3. Quels sont les deux tests qui mesurent le Quotient Intellectuel chez l'enfant et l'adulte ?

Le WISC et la WAIS.

4. À quelle valeur correspond habituellement le seuil de significativité ?

$p = 0.05$ ou 0.01 .

5. Quelles sont les deux grandes approches utilisées par les cliniciens ?

Quantitative et qualitative.

6. Quel auteur a largement souligné l'importance de l'observateur dans l'observation ?

Georges Devereux.

7. Quel est le matériel utilisé dans le Rorschach ?

Des taches d'encre.

8. Qui a inventé le TAT ?

Henry Murray.

9. Quelle est la différence entre le TAT et le CAT ?

Le TAT est à destination de l'adulte tandis que le CAT est utilisé avec l'enfant.

10. Quel auteur a largement travaillé la notion de tact ?

Sandor Ferenczi.

Chapitre 4

1. Quel concept proposé par Bion est utile dans l'articulation entre clinique et théorie ?

Le vertex.

2. Quelle est la différence entre la contre-attitude et le contre-transfert ?

La contre-attitude est consciente ; le contre-transfert est inconscient.

3. Quel est le nom de la pouponnière rendue célèbre par Emi Pickler ?

La pouponnière de Loczi.

4. Quels sont les deux principes d'observation proposés par Esther Bick ?

La *tabula rasa* et la règle de non-inférence.

5. Pour René Roussillon, l'associativité a un caractère... ?

Polymorphique.

6. Quel concept donne naissance au « saut épistémologique » de Freud ?

Le transfert.

7. À quoi Freud est-il attentif dans le cas Elisabeth ?

À l'évolution de la douleur de la patiente comme boussole pour repérer les éléments traumatiques dans son discours.

8. Qu'est-ce que l'illusion groupale ?

Notion proposée par Didier Anzieu pour décrire un premier temps d'illusion narcissique et d'idéalisation d'un groupe.

9. Qui a proposé le concept de chaîne associative groupale ?

René Kaës.

10. Quelles sont les trois hypothèses de base proposées par Bion ?

Dépendance, attaque-fuite et couplage.

Chapitre 5

1. Quels sont les différents types de cadres ?

Cadre anthropologique ; Méta-Cadre ; Cadre ; Cadre interne.

2. De quelle position le clinicien doit-il se méfier selon Lacan ?

La position du sujet supposé savoir.

3. Quelles sont les trois caractéristiques de l'alliance thérapeutique selon Rogers ?

Confiance réciproque, acceptation inconditionnelle et confidentialité.

4. Quels sont les trois grands types d'entretiens ?

Entretien directif ; entretien semi-directif et entretien non-directif.

5. Quel auteur insiste sur l'importance de l'état de rêverie en entretien à la suite de Freud ?

Wilfred Bion.

6. Winnicott distingue le Play et le... ?

Game.

7. Quel auteur parle du pubertaire ?

Philippe Gutton.

8. En quoi consiste la double alliance dans la prise en charge de l'adolescent ?

Alliance avec l'adolescent et alliance avec les parents.

9. Chez l'adulte, sur le plan psychopathologique, on étudie : symptômes / angoisses / / ?

mécanisme de défense / inhibitions.

10. Dans quelle approche est souvent utilisée la méthode de la chaise vide ?

L'approche systémique.

Chapitre 6

1. En quoi consiste l'anamnèse ?

Elle correspond à l'ensemble des événements de l'histoire de vie du patient. Il peut arriver qu'on la considère également comme l'histoire des troubles du patient.

2. Qu'est-ce que la sémiologie ?

Il s'agit de l'étude des signes cliniques.

3. Qu'est-ce que le diagnostic différentiel ?

Processus diagnostic visant à proposer de manière argumentée différentes options quant au diagnostic qui rend compte le mieux des signes cliniques.

4. Peut-on évoquer ses ressentis dans une étude de cas ?

Oui, c'est même nécessaire dans l'analyse transférentielle.

5. Comment s'appelle la synthèse des connaissances dans un domaine ?

Une revue de littérature.

6. Quelles sont les trois structures dégagées par Jean Bergeret ?

Psychotique, état-limite et névrotique.

7. Qu'est-ce qui différencie l'analyse structurale de l'analyse processuelle ?

L'analyse structurale étudie le type de structure du sujet tandis que l'analyse processuelle vise à dégager ses processus psychiques prévalents.

8. Citez trois cas célèbres ainsi que leurs auteurs

Anna O. (Freud et Breuer), Dora (Freud) et Aimée (Lacan).

9. En quoi consiste l'*agieren* ?

Il s'agit d'une forme de transfert qui consiste à rejouer et à agir inconsciemment lors de la psychothérapie des expériences antérieures.

10. Les hypothèses de la partie analyse processuelle sont dites... ?

Heuristiques.

Chapitre 7

1. En quoi la réalité psychique se distingue-t-elle des autres formes de réalité ?

L'émergence de la conscience et en particulier sa capacité d'auto-représentation.

2. Quels sont les principaux indicateurs qui aident à comprendre le fonctionnement de la réalité psychique ?

L'associativité, le transfert, les ratés, les situations limites, les symptômes, les capacités de symbolisation.

3. Quelles sont les différences entre les processus primaires et les processus secondaires ?

Les processus primaires sont plus archaïques et concernent la vie inconsciente. Ils concernent un écoulement de l'énergie qui est libre et s'articule aux logiques du principe de plaisir. Quant aux processus secondaires, ils structurent la subjectivité consciente et s'étayent davantage sur les représentations de mots. L'énergie psychique est dite liée dans ces processus qui sont structurés par le principe de réalité. C'est le mode de fonctionnement usuel de la pensée consciente à l'état vigile.

4. En quoi consiste la compulsion de répétition ?

La compulsion de répétition est une tentative de symbolisation d'expériences en souffrance par la répétition.

5. Pour Donald Winnicott, « un bébé... » ?

Un bébé seul ça n'existe pas.

6. Quels sont les trois types de soins maternels dégagés par Donald Winnicott ?

Le holding, le handling et l'objet-presenting.

7. Quelles sont les deux positions conceptualisées par Melanie Klein ?

La position schizo-paranoïde et la position dépressive.

8. Que sont les fantasmes originaires ?

Ce sont des modes de représentation nés de la rencontre entre la vie fantasmatique de l'enfant et la réalité. Ils sont une « théorisation » du monde qui vectorise l'activité de symbolisation.

9. Quelle instance psychique est classiquement supposée être « l'héritière du complexe d'Œdipe » ?

Le Surmoi.

10. Quelle est la différence entre l'incestuel et l'incestueux ?

Le terme incestueux concerne la mise en acte des fantasmes œdipiens entre un enfant et un adulte. Le terme incestuel désigne l'ambiance et les processus de l'ordre de l'inceste mais qui ne conduisent pas à une transgression de l'Œdipe.

Chapitre 8

1. Quel philosophe a particulièrement étudié les relations entre le normal et le pathologique ?

Georges Canguilhem.

2. Quelles sont les deux classifications des maladies mentales les plus utilisées au niveau international ?

La CIM 10 et le DSM 5.

3. Quel auteur a développé dans les années 1970 le modèle structural ?

Jean Bergeret.

4. Quels sont les trois critères essentiels qui permettent de déterminer la structure du sujet ?

Ses angoisses, ses mécanismes de défense et ses relations d'objet.

5. En quoi consiste l'identification projective ?

Mécanisme de défense mis en évidence par Melanie Klein qui consiste à se débarrasser d'un contenu mental intolérable en le projetant dans l'objet en vue de le manipuler. Il ne s'agit donc pas d'un simple

mécanisme de projection, le lien à la partie projetée étant maintenu de manière indifférenciée.

6. Quel terme est utilisé dans les nosographies contemporaines pour décrire la névrose obsessionnelle ?

Le Trouble Obsessionnel Compulsif (TOC).

7. Quel trouble de la personnalité est fréquemment lié aux angoisses anaclitiques ?

Le Trouble de la personnalité borderline.

8. Quels sont les trois grands types de troubles des conduites alimentaires ?

Anorexie, boulimie et hyperphagie compulsive.

9. Quelle est la différence entre la somatisation et la conversion ?

Le trouble de conversion est associé à des troubles hystériques et concerne une expression dans le corps qui représente de manière métaphorique un conflit psychique inconscient. La somatisation relève également d'une expression corporelle, mais qui ne sera pas aussi métaphorisée que la conversion. Il s'agit davantage d'une problématique économique dans laquelle le corps somatique se trouvera rapidement mis à l'épreuve, car le sujet a des capacités d'élaboration psychiques et affectives limitées. Le symptôme est dès lors dit « bête », car une éventuelle recherche de sa signification symbolique ne sera pas jugée pertinente.

10. Dans quels troubles les processus paradoxaux sont-ils fréquents ?

Les troubles schizophréniques.

Chapitre 9

1. Combien existe-t-il de formes différentes de psychothérapies actuellement ?

Environ 400.

2. Quelle est l'approche que Jean Oury a largement contribué à développer ?

La psychothérapie institutionnelle.

3. Dans quelle tradition théorique s'insère Wilfred Bion ?

Le courant psychanalytique (plus précisément post-kleinien).

4. Quel auteur intervenant dans les champs des TCC a développé des outils pour lutter contre la dépression ?

Aaron Beck.

5. Quelle approche psychothérapique a développé la notion de double lien ?

L'approche systémique (plus précisément, l'École de Palo Alto).

6. Citez deux auteurs qui utilisaient l'hypnose dans leur pratique

Milton Erickson et François Roustang.

7. Qu'est-ce que l'effet dodo ?

L'effet dodo fait référence à la course organisée par le Dodo dans *Alice au pays des merveilles*, à l'issue de laquelle tous les participants sont déclarés gagnants. Il correspond au fait que les différents types de psychothérapies obtiennent globalement des résultats similaires lorsqu'ils sont évalués.

8. Quels sont les trois mécanismes principaux de déformation des rêves ?

Condensation, déplacement, inversion dans le contraire.

9. Quels sont les trois types de jeux dégagés par René Roussillon ?

Inter-sujetif, auto-sujetif, intra-sujetif.

10. En quoi consiste l'associativité formelle ?

Il s'agit d'une associativité essentiellement non verbale, une dynamique mimo-gestuo-posturale, qui s'incarne aussi bien dans le maniement des objets que dans l'investissement d'un groupe.

Bibliographie

- ABBASS, A. A., RABUNG, S., LEICHSENRING, F., REFSETH, J. S., & MIDGLEY, N. (2013). Psychodynamic psychotherapy for children and adolescents : a meta-analysis of short-term psychodynamic models. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52 (8), 863-875.
- AMIANTO, F. (2016). Homosexuality and Anorexia Nervosa : An Explorative Study on Personality Traits. *Acta Psychopathologica*, 2 (5), 1-6.
- ANZIEU, D., & CHABERT, C. (1983). *Les méthodes projectives*. Paris : PUF.
- ANZIEU, D. (1975). *Le groupe et l'inconscient*. Paris : Dunod.
- ANZIEU, D. (1981). *Le corps de l'oeuvre*. Paris : Gallimard.
- ANZIEU, D. (1987). *Les enveloppes psychiques*. Paris : Dunod.
- ANZIEU, D. (2015). *Le psychodrame analytique chez l'enfant et l'adolescent*. Paris : PUF.
- ASSOUN, P.-L. (2000). *La métapsychologie*. Paris : PUF.
- AUBRÉE, M., & LAPLANTINE, F. (1990). *La table, le livre et les esprits : naissance, évolution et actualité du mouvement social spirite entre France et Brésil*. Paris : J.-C. Lattès.
- AULAGNIER, P. (1975). *La violence de l'interprétation*. Paris : PUF, 2003.
- BAARDSETH, T. P., GOLDBERG, S. B., PACE, B. T., WISLOCKI, A. P., FROST, N. D., SIDDIQUI, J. R., ... WAMPOLD, B. E. (2013). Cognitive-behavioral therapy versus other therapies : Redux. *Clinical Psychology Review*, 33 (3), 395-405.
- BERGERET, J. (1972). *Abrégé de psychologie pathologique*. Paris : Masson.
- BERGERET, J. (1985). *La personnalité normale et pathologique*, 3^e éd. Paris : Dunod, 2003.
- BERGERET, J. & HOUSER, M. (2004). *Le fœtus dans notre inconscient*. Paris : Dunod.
- BICK, E. (1998). Notes sur l'observation de bébé dans la formation psychanalytique. In *Les écrits de Martha Harris et d'Esther Bick*. Larmor Plage : Éditions du Hublot.
- BION, W. (1962a). *Aux sources de l'expérience*. Paris : PUF, 2003.
- BION, W. (1962b). *Réflexion faite*, 4^e éd. Paris : PUF, 2001.

- BION, W. (1963). *Éléments de psychanalyse*, 4^e éd. Paris : PUF, 2011.
- BION, W. (1965a). *Recherches sur les petits groupes*. Paris : PUF, 2002.
- BION, W. (1965b). *Transformations : Passage de l'apprentissage à la croissance*, 3^e éd. Paris : PUF, 2010.
- BLEGER, J. (1967). *Symbiose et ambiguïté : étude psychanalytique*. Paris : PUF, 1985.
- BOLLAS, C. (2017). *Hystérie*. Paris : Editions d'Ithaque.
- BORCH-JACOBSEN, M. (2011). *Les Patients de Freud. Destins*. Auxerre : Sciences Humaines.
- BOWLBY, J. (2002). *Attachement et perte*. Paris : PUF.
- BRATTON, S. C., RAY, D., RHINE, T., & JONES, L. (2005). The Efficacy of Play Therapy With Children : A Meta-Analytic Review of Treatment Outcomes. *Professional Psychology : Research and Practice*, 36, 376-390.
- BROWN, S. L. (2009). *Play : How it shapes the brain, opens the imagination, and invigorates the soul*. New York : Avery.
- BRUN, A. (2006). Le travail de l'archaïque par la médiation picturale dans la psychose. *Cliniques méditerranéennes*, 74 (2), 271-289.
- BRUN, A. (2009). Corps, création et psychose à partir de l'œuvre d'Artaud. *Cliniques méditerranéennes*, 80 (2), 143-158.
- BRUN, A. (2014). Médiation thérapeutique picturale et associativité formelle dans les dispositifs pour enfants avec troubles envahissants du développement. *La psychiatrie de l'enfant*, 57 (2), 437-464.
- BRUN, A. (2015). Processus créateur et figuration des traumatismes corporels archaïques dans les médiations thérapeutiques pour enfants psychotiques et autistes. *Cliniques méditerranéennes*, 91 (1), 9-26.
- BRUN, A., CHOUVIER, B., & ROUSSILLON, R. (2013). *Manuel des médiations thérapeutiques*. Paris : Dunod.
- BRUN, A., & ROUSSILLON, R. (2014). *Formes primaires de symbolisation*. Paris : Dunod.
- BRUN, A., ROUSSILLON, R., & ATTIGUI, P. (2016). *Évaluation clinique des psychothérapies psychanalytiques : Dispositifs institutionnels et groupaux de médiations*. Paris : Dunod.
- BULLINGER, A. (2004). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars : Un parcours de recherche*. Ramonville Saint-Agne : Erès.

- CAHN, R. (1991). Du Sujet. *Revue Française de Psychanalyse*, 55 (6), 1353-1371.
- CANGUILHEM, G. (1966). *Le normal et le pathologique*. Paris : PUF.
- CARDEÑA, E., LYNN, S. J., & KRIPPNER, S. (2014). *Varieties of anomalous experience : examining the scientific evidence*. Washington : American Psychological Association.
- CARDEÑA, E., & WINKELMAN, M. (2011). *Altering Consciousness : Multidisciplinary Perspectives*. London : Praeger.
- CARHART-HARRIS, R. L., LEECH, R., HELLYER, P. J., SHANAHAN, M., FEILDING, A., TAGLIAZUCCHI, E., ... NUTT, D. (2014). The entropic brain : A theory of conscious states informed by neuroimaging research with psychedelic drugs. *Frontiers in Human Neuroscience*, 8, 20.
- CHAMBON, O., & MARIE-CARDINE, M. (2003). *Les bases de la psychothérapie*, 2^e éd. Paris : Dunod, 3^e éd. 2014.
- CHOUVIER, B. (1998a). *Matière à symbolisation : art, création et psychanalyse*. Paris : Delachaux et Niestlé.
- CHOUVIER, B. (1998b). *Militance et inconscient*. Lyon : PUL.
- CHOUVIER, B. (2008). *5 cas cliniques en psychopathologie de l'enfant*. Paris : Dunod.
- CHOUVIER, B. (2015). *La médiation thérapeutique par les contes*. Paris : Dunod.
- CHOUVIER, B., & ATTIGUI, P. (2012). *L'entretien clinique*. Paris : Armand Colin.
- CHOUVIER, B., & ROUSSILLON, R. (2004). *La réalité psychique : psychanalyse, réel et trauma*. Paris : Dunod.
- CICCONE, A. (1998). *L'observation clinique*. Paris : Dunod.
- CICCONE, A. (2014). L'observation clinique attentive, une méthode pour la pratique et la recherche cliniques. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 63, 65-78.
- CLARKE, B. H. (2017). The Epistemology Behind the Curtain : Thoughts on the Science of Psychoanalysis. *The Psychoanalytic Quarterly*, 86 (3), 575-608.
- COHEN-SOLAL, J., & GOLSE, B. (1999). *Au début de la vie psychique : le développement du petit enfant*. Paris : Odile Jacob.
- COMBE, C. (2009). *Soigner l'anorexie*. Paris : Dunod.
- CONEJERO, I., THOUVENOT, E., ABBAR, M., MOUCHABAC, S., COURTET, P., & OLIÉ, E.

- (2017). Neuroanatomy of conversion disorder : towards a network approach. *Reviews in the Neurosciences*, 29 (4), 355-368.
- DAMASIO A. (1994). *L'erreur de Descartes*. Paris : Odile Jacob, 2010.
- DE M'UZAN, M. (1994). *La bouche de l'inconscient*. Paris : Gallimard.
- DEJOURS, C. (2009). Corps et psychanalyse. *L'information psychiatrique*, 85 (3), 227-234.
- DEVEREUX, G. (1980). *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*. Paris : Flammarion.
- DOLLANDER, M., & TYCHEY, C. de (2002). *La santé psychologique de l'enfant : fragilités et prévention*. Paris : Dunod.
- DONNET, J. L., & GREEN, A. (1973). *L'enfant de ça*. Paris : Éditions de Minuit.
- DRIESSEN, E., VAN, H. L., DON, F. J., PEEN, J., KOOL, S., WESTRA, D., ... DEKKER, J. J. M. (2013). The Efficacy of Cognitive-Behavioral Therapy and Psychodynamic Therapy in the Outpatient Treatment of Major Depression : A Randomized Clinical Trial. *American Journal of Psychiatry*, 170 (9), 1041-1050.
- DUMET, N. (2002). *Clinique des troubles psychosomatiques. Approche psychanalytique*. Paris : Dunod.
- DUMET, N., & MÈNÉCHAL, J. (2004). *15 cas cliniques en psychopathologie de l'adulte*. Paris : Dunod.
- ELLENBERGER, H. F. (1994). *Histoire de la découverte de l'inconscient*. Paris : Fayard.
- ERICKSON, M., ROSSI, E., & ROSSI, S. (2006). *Traité pratique de l'hypnose : La suggestion indirecte en hypnose clinique*. Paris : Editions Jacques Grancher.
- ESTELLON, V. (2017). *Les états limites*, 4^e éd. Paris : PUF, « Que sais-je ? ».
- EVARD, R. (2010). Psychiser le Maître absolu : solutions pubertaires par le paranormal. *Adolescence*, 72, 841-852.
- EVARD, R. (2014). *Folie et paranormal : Vers une clinique des expériences exceptionnelles*. Rennes : PUR.
- EVARD, R. (2016). *Enquête sur 150 ans de parapsychologie - La légende de l'esprit*. Escalquens : Trajectoire.
- EVARD, R. , & RABEYRON, T. (2012). Les psychanalystes et le transfert de pensée : enjeux historiques et actuels. *L'Evolution Psychiatrique*, 77 (4), 589-598.

- FALISSARD, B., REVAH-LEVY, A., YANG, S., & FAGOT-LARGEAULT, A. (2017). La place des mots et des nombres en recherche psychiatrique. In *Épistémologie et méthodologie en psychanalyse et en psychiatrie*. Paris : Érès.
- FERENCZI, S. (1982). *Œuvres complètes, tome IV*. Paris : Payot.
- FERRANT, A. (2001). *Pulsion et lien d'emprise*. Paris : Dunod.
- FERRO, A., & BASILE, R. (2015). *Le Champ analytique. Un concept clinique*. Paris : Les Éditions d'Ithaque.
- FINKEL, A. (2017). L'analyse cognitive, la psychologie numérique et la formation des enseignants à l'université. *Pratiques Psychologiques*, 23 (3), 303-323.
- FREUD, A. (1951). *Le traitement psychanalytique des enfants*, 7^e éd. Paris : PUF, 2002.
- FREUD, S. (1900). *L'interprétation des rêves*, 2^e éd. Paris : PUF, 2012.
- FREUD, S. (1901). *Psychopathologie de la vie quotidienne*. Paris : Payot, 2004.
- FREUD, S. (1907). *Délires et rêves dans la Gradiva de Jensen*. Paris : Gallimard, 1949.
- FREUD, S. (1910). *Un souvenir d'enfance de Léonard de Vinci*. Paris : PUF, 2012.
- FREUD, S. (1913). *Totem et Tabou*. Paris : Payot, 2004.
- FREUD, S. (1914). Le Moïse de Michel-Ange. In *Œuvres complètes, vol. XII*. Paris : PUF, 2005.
- FREUD, S. (1920). Au-delà du principe de plaisir. In *Essais de psychanalyse*. Paris : Payot, 1968.
- FREUD, S., & BREUER, J. (1895). *Études sur l'hystérie*. Paris : PUF, 2002.
- FRISTON, K. (2009). The free-energy principle : a rough guide to the brain ? *Trends in cognitive sciences*, 13 (7), 293-301.
- FUSELLA, P. (2014). Hermeneutics versus science in psychoanalysis : A resolution to the controversy over the scientific status of psychoanalysis. *The Psychoanalytic Review*, 101 (6), 871-894.
- GALATZER-LEVY, R. M. (2009). Finding your way through chaos, fractals, and other exotic mathematical objects : A guide for the perplexed. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 57 (5), 1227-1249.
- GALLINA, J.-M. (2006). *Les représentations mentales*. Paris : Dunod.
- GAUDIANO, B. A., & MILLER, I. W. (2013). The evidence-based practice of

- psychotherapy : Facing the challenges that lie ahead. *Clinical Psychology Review*, 33 (7), 813-824.
- GEORGIEFF, N. (2005). Intérêts de la notion de « théorie de l'esprit » pour la psychopathologie. *La psychiatrie de l'enfant*, 48 (2), 341-371.
- GIMENEZ, G. (2003). La psychothérapie des patients psychotiques hallucinés. *Cahiers de Psychologie Clinique*, 21 (2), 83-96.
- GOLD, C., WIGRAM, T., & ELEFANT, C. (2006). Music therapy for autistic spectrum disorder. In The Cochrane Collaboration (ed.), *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester : John Wiley & Sons.
- GOLEMAN, D. (2003). *L'intelligence émotionnelle*. Paris : J'ai lu.
- GOLSE, B. (2016). L'autisme infantile entre neurosciences et psychanalyse, The infantile autism between neurosciences and psychoanalysis. *Figures de la psychanalyse* (31), 121-134.
- GREEN, A. (2011). *Jouer avec Winnicott*. Paris : PUF.
- GRIVOIS, H. (2000). *Naître à la folie*. Paris : Synthelabo.
- GROTSTEIN, J. S. (2016). *Un rayon d'intense obscurité. Ce que Bion a légué à la psychanalyse*. Paris : Les Éditions d'Ithaque.
- GRUNBAUM, A. (1984). *The foundations of psychoanalysis : A philosophical critique*. San Francisco : University of California Press.
- GUILLAUMIN, J. (1985). Besoin de traumatisme et adolescence. Hypothèse psychanalytique sur une dimension cachée de l'instinct de vie. *Adolescence*, 3 (1), 127-137.
- GUTTON, P. (2013). *Le pubertaire*. Paris : PUF.
- HAAG, G. (1995). Grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile traité. *La Psychiatrie de L'enfant*, 38 (2), 495.
- HALEY, J., & ROBERT, F. (1995). *Un thérapeute hors du commun : Milton H. Erickson*. Paris : Desclée de Brouwer.
- HARLOW, H. F., & HARLOW, M. K. (1969). Effects of various mother-infant relationships on rhesus monkey behaviors. *Determinants of infant behavior*, 4, 15-36.
- HARRIS, B. (1979). Whatever happened to little Albert ? *American psychologist*, 34 (2), 151.
- HEGEL, & ROUSTANG, F. (2005). *Le magnétisme animal : Naissance de l'hypnose*. Paris : PUF.

- HOLZINGER, B., LABERGE, S., & LEVITAN, L. (2006). Psychophysiological correlates of lucid dreaming. *Dreaming*, 16 (2), 88.
- HOUZEL, D. (2005). *Le concept d'enveloppe psychique*. Paris : In Press.
- HURWITZ, T. A., & PRICHARD, J. W. (2006). Conversion disorder and fMRI. *Neurology*, 67 (11), 1914-1915.
- IONESCU, S., JACQUET, M.-M., & LHOTE, C. (2012). *Les mécanismes de défense : théorie et clinique*. Paris : Armand Colin.
- JEAMMET, P. (2002). Spécificités de la psychothérapie psychanalytique à l'adolescence. *Psychothérapies*, 22 (2), 77-87.
- JONES, E. (1957). Sigmund Freud Life And Work, Volume Three : The Last Phase 1919-1939. In *Sigmund Freud Life And Work, Volume Three : The Last Phase 1919-1939* (p. 1-521). London : The Hogarth Press.
- JUNG, J. (2015). *Le sujet et son double - La construction transitionnelle de l'identité*. Paris : Dunod.
- KABAT-ZINN, J. (2003). Mindfulness-Based Interventions in Context : Past, Present, and Future. *Clinical Psychology : Science and Practice*, 10 (2), 144-156.
- KAËS, R. (2000). *L'appareil psychique groupal*. Paris : Dunod.
- KAËS, R. (2002). *La polyphonie du rêve : l'expérience onirique commune et partagée*. Paris : Dunod.
- KAËS, R. (2003). *Le psychodrame psychanalytique de groupe*. Paris : Dunod.
- KAPLAN-SOLMS, K., & SOLMS, M. (2002). *Clinical Studies in neuro-psychoanalysis. Introduction to a depth neuropsychology*. Londres : Karnac Books.
- KHOURY, B., LECOMTE, T., FORTIN, G., MASSE, M., THERIEN, P., BOUCHARD, V., ... HOFMANN, S. G. (2013). Mindfulness-based therapy : A comprehensive meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 33 (6), 763-771.
- KLEIN, M. (1946). Notes sur quelques mécanismes schizoïdes. In *Développements de la psychanalyse*. Paris : PUF.
- KLEIN, M. (1968). *Envie et gratitude, et autres essais*. Paris : Gallimard.
- KOSSLYN, S. M., & KOENIG, O. (1995). *Wet mind, the new cognitive neuroscience*. Canada : The Free Press.
- LACAN, J. (1966). *Écrits*. Paris : Le Seuil.
- LACAN, J. (2013). *Le séminaire, Livre VI, Le désir et son interprétation*. Paris :

Le Seuil.

LAGACHE, D. (1949). *L'unité de la psychologie*. Paris : PUF.

LAKOFF, & JOHNSON, M. (2003). *Metaphors we live by*. Chicago : University of Chicago.

LAPLANCHE, J. (1987). *Problématiques V. Le baquet. Transcendance du transfert*. Paris : PUF.

LAPLANCHE, J. (1987). *Nouveaux fondements pour la psychanalyse*. Paris : PUF.

LE MALÉFAN, P. (2000). *Folie et spiritisme - Histoire du discours psychopathologique sur la pratique du spiritisme, 1850-1950*. Paris : L'Harmattan.

LE MALÉFAN, P. (2014). Clinique de la marge et marges de la clinique. Esquisse. *Psychologie Clinique*, 37 (1), 159-171.

LEBLANC, M., & RITCHIE, M. (2001). A meta-analysis of play therapy outcomes. *Counselling Psychology Quarterly*, 14 (2), 149-163.

LEBOVICI, S., & DIATKINE, R. (1962). Fonction et signification du jeu chez l'enfant. *La Psychiatrie de l'Enfant*, 5 (1), 207.

LEBOVICI, S., DIATKINE, R., & SOULÉ, M. (2004). *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris : PUF.

LEICHSENRING, F., & STEINERT, C. (2017). Is Cognitive Behavioral Therapy the Gold Standard for Psychotherapy ? : The Need for Plurality in Treatment and Research. *Jama*, 318 (14), 1323-1324.

LEWIN, B. D. (1946). Le sommeil, la bouche et l'écran du rêve. *Nouvelle revue de psychanalyse*, 5, 211-213.

LUTZ, W., LEON, S. C., MARTINOVICH, Z., LYONS, J. S., & STILES, W. B. (2007). Therapist effects in outpatient psychotherapy : A three-level growth curve approach. *Journal of Counseling Psychology*, 54 (1), 32-39.

MARKS-TARLOW, T. (2010). The Fractal Self at Play. *American Journal of Play*, 3 (1), 31-62.

MARKS-TARLOW, T. (2012). The play of psychotherapy. *American Journal of Play*, 4 (3), 352.

MARKS-TARLOW, T. (2015). From emergency to emergence : The deep structure of play in psychotherapy. *Psychoanalytic Dialogues*, 25 (1), 108-123.

MARKUS, G. (2014). *Pourquoi le monde n'existe pas*. Paris : JC Lattès.

- MATURANA, H. R., & VARELA, F. J. (1987). *The tree of knowledge : The biological roots of human understanding*. Boston : Shambhala Publications.
- McNALLY, R. J. (2011). *What is mental illness ?* Boston : Harvard University Press.
- MÉHEUST, B. (1999). *Somnambulisme et médiumnité*. Paris : Les Empêcheurs de penser en rond.
- MELTZER, D., & HAAG, G. (1980). *Explorations dans le monde de l'autisme: étude psychanalytique*. Paris : Payot.
- MILNER, M. (1979). Le rôle de l'illusion dans la formation du symbole. *Revue Française de Psychanalyse*, 43 (5-6), 844-874.
- MIRABEL, A., & RABEYRON, T. (2015). L'identité à l'épreuve de la prison: médiation photolangage et relance des processus narratifs. *Bulletin de psychologie*, 3, 223-233.
- MITCHELL, S. A. (1988). *Relational concepts in psychoanalysis*. Boston: Harvard University Press.
- MITCHELL, S. A., & ARON, L. E. (1999). *Relational psychoanalysis: The emergence of a tradition*. Eldorado Hills: Analytic Press.
- MODELL, H. (1985). The works of Winnicott and the evolution of his thought. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 33, 113-137.
- MORIN, E. (2005). *Introduction à la pensée complexe*. Paris : Seuil.
- OGDEN, T. H. (2012). *Cet art qu'est la psychanalyse : Rêver des rêves irrêvés et des cris interrompus*. Paris : Ithaque.
- OURY, J. (2001). *Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle*. Nîmes : Champ social Editions.
- OUSS, L., & GOLSE, B. (2009). *Vers une neuropsychanalyse ?* Paris : Odile Jacob.
- PANKSEPP, J. (1998). *Affective neuroscience: The foundations of human and animal emotions*. Oxford: Oxford University Press.
- PANKSEPP, J. (2007). Can PLAY diminish ADHD and facilitate the construction of the social brain? *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 16 (2), 57.
- PETITMENGIN, C., & BITBOL, M. (2009). Listening from within. *Journal of Consciousness studies*, 16 (10-11), 363-404.
- PIET, J., & HOUGAARD, E. (2011). The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: A

- systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31 (6), 1032-1040.
- PIKLER, E. (1962). *Que sait faire votre bébé ?* Paris : Les éditeurs français réunis.
- PIRARD, R. (2010). *Le sujet postmoderne entre symptôme et jouissance*. Toulouse : Erès.
- PRAT, R. (2005). Panorama de l'observation du bébé selon la méthode Esther Bick dans les pays francophones, Summary. *Devenir*, 17 (1), 55-82.
- RABEYRON, T. (2015). Associativité, symbolisation et entropie: propositions théoriques et cliniques. *Annales Médico-psychologiques*, 173 (8), 649-658.
- RABEYRON, T., & CAUSSIÉ, S. (2015). Clinique des sorties hors du corps : trauma, réflexivité et symbolisation. *L'Évolution psychiatrique*, 81 (4), 755-775.
- RABEYRON, T., CHOUVIER, B., & LE MALÉFAN, P. (2010). Clinique des expériences exceptionnelles : du trauma à la solution paranormale. *L'Évolution psychiatrique*, 75 (4), 633-653.
- RABEYRON, T., SAUMON, O., CARASCO, E., & BONNOT, O. (2016). Médiations thérapeutiques, évaluation des processus et troubles autistiques : l'exemple de la médiation musicothérapique. In Brun A., Roussillon R. et Attigui P. (sous la dir. de), *Évaluation clinique des psychothérapies psychanalytiques*. Paris : Dunod.
- RACAMIER, P.-C. (1980). *Les schizophrènes*. Paris : Payot.
- RACAMIER, P.-C. (1995). *L'inceste et l'incestuel*. Paris : Éditions du Collège.
- RACAMIER, P. C. (2001). *L'esprit des soins. Le cadre*. Paris : Éditions du Collège.
- RAICHLE, M. E., & SNYDER, A. Z. (2007). A default mode of brain function: A brief history of an evolving idea. *NeuroImage*, 37(4), 1083-1090.
- REBOLLAR, R., & RABEYRON, T. (2016). Clinique et processus de symbolisation de l'atmosphère dans les processus psychotiques. *L'Évolution Psychiatrique*, 81 (2), 476-492.
- RICOEUR, P. (1986). La psychanalyse confrontée à l'épistémologie. *psychiatrie française*, 17, 11-23.
- RIZZOLATTI, G., FADIGA, L., GALLESE, V., & FOGASSI, L. (1996). Premotor cortex and the recognition of motor actions. *Cognitive brain research*, 3 (2), 131-141.
- ROSOLATO, G. (1985). *Éléments de l'interprétation*. Paris : Gallimard.

- ROUSSILLON, R. (1991). *Paradoxes et situations limites de la psychanalyse*. Paris : PUF.
- ROUSSILLON, R. (1992). *Du baquet de Mesmer au baquet de Sigmund Freud*. Paris : PUF.
- ROUSSILLON, R. (1999). *Agonie, clivage et symbolisation*. Paris : PUF.
- ROUSSILLON, R. (2008). *Le jeu et l'entre-je(u)*. Paris : PUF.
- ROUSSILLON, R. (2009a). La destructivité et les formes complexes de la « survivance » de l'objet. *Revue française de psychanalyse*, 73 (4), 1005-1022.
- ROUSSILLON, R. (2009b). L'associativité. *Libres cahiers pour la psychanalyse*, 20 (2), 19-35.
- ROUSSILLON, R. (2012). L'associativité polymorphique et les extensions de la psychanalyse. *Le Carnet Psy*, 162 (4), 27-31.
- ROUSSILLON, R., CHABERT, C., CICCONE, A., & FERRANT, A. (2007). *Manuel de psychologie et psychopathologie clinique générale*. Paris : Masson.
- ROUSTANG, F. (2003a). *Il suffit d'un geste*. Paris : Odile Jacob.
- ROUSTANG, F. (2003b). *Qu'est-ce que l'hypnose?* Paris : Éditions de Minuit.
- SHEDLER, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, 65 (2), 98-109.
- SOLMS, M., & TURNBULL, O. (2011). What Is Neuropsychoanalysis? *Neuropsychoanalysis: An Interdisciplinary Journal for Psychoanalysis and the Neurosciences*, 13 (2), 133-146.
- STEINERT, C., MUNDER, T., RABUNG, S., HOYER, J., & LEICHSENRING, F. (2017). Psychodynamic therapy: as efficacious as other empirically supported treatments? A meta-analysis testing equivalence of outcomes. *American Journal of Psychiatry*, 174 (10), 943-953.
- STERN, A. (2011). Investigation psychanalytique sur le groupe borderline des névroses. Quelle thérapie engager ? *Revue française de psychanalyse*, 75 (2), 331-348.
- STERN, D. (1989). *Le monde interpersonnel du nourrisson*, 4^e éd. Paris : PUF, 2003.
- STERN, D. (2010). *Change in Psychotherapy: A Unifying Paradigm*. New York : W. W. Norton & Company.
- STEWART, A. L., FIELD, T. A., & ECHTERLING, L. G. (2016). Neuroscience and the magic of play therapy. *International Journal of Play Therapy*, 25 (1), 4.

- TARQUINIO, C., BRENNSTHUL, M.-J., DELLUCCI, H., IRACANE-BLANCO, M., RYDBERG, J. A., SILVESTRE, M., & ZIMMERMANN, E. (2017). *Pratique de l'EMDR : Introduction et approfondissements pratiques et psychopathologiques*. Paris : Dunod.
- TASSIN, J.-P. (2002). La neuropharmacologie de la conscience: La conscience. *Pour la science*, 302, 146-150.
- TELLIER, I., & FINKEL, A. (1995). Cognitive style of decision making narrations. In B. Endres-Niggemeyer, *The Cognitive Level* (p. 41-59). Duisburg: LAUD series of Cognitive Linguistics.
- TEMANER-BRODLEY, B., STORA, N., & DUCROUX-BIASS, F. (2013). La congruence et sa relation à la communication en thérapie centrée sur le client. *Approche Centrée sur la Personne. Pratique et recherche*, (17), 28-64.
- TOLIN, D. F. (2010). Is cognitive-behavioral therapy more effective than other therapies? A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30 (6), 710-720.
- TUSTIN, F. (1986). *Les états autistiques chez l'enfant*. Paris : Le Seuil.
- TYCHEY, C. DE, DIWO, R., & DOLLANDER, M. (2000). La mentalisation : approche théorique et clinique projective à travers le test de Rorschach. *Bulletin de psychologie*, 53, 469-480.
- VACHERET, C. (2000). *Photo, groupe et soin psychique*. Paris : PUL.
- VARELA, F., THOMPSON, E., & ROSCH, E. (1999). *L'inscription corporelle de l'esprit*. Paris : Seuil.
- VERMERSCH, P., & MAUREL, M. (1997). *Pratiques de l'entretien d'explicitation*. Paris : ESF.
- WAMPOLD, B. E., BUDGE, S. L., LASKA, K. M., DEL RE, A. C., BAARDSETH, T. P., FLHUCKIGER, C., ... GUNN, W. (2011). Evidence-based treatments for depression and anxiety versus treatment-as-usual: A meta-analysis of direct comparisons. *Clinical Psychology Review*, 31(8), 1304-1312.
- WAMPOLD, B. E., FLÜCKIGER, C., DEL RE, A. C., YULISH, N. E., FROST, N. D., PACE, B. T., ... LASKA, K. M. (2017). In pursuit of truth: A critical examination of meta-analyses of cognitive behavior therapy. *Psychotherapy Research*, 27(1), 14-32.
- WEITLAUF, A. S., MCPHEETERS, M. L., PETERS, B., SATHE, N., TRAVIS, R., AIELLO, R., ... JEROME, R. (2014). Therapies for children with autism spectrum disorder.

Behavioral Interventions Update, Effective Health Care Program.

WINNICOTT, D. W. (1971). *La consultation thérapeutique et l'enfant*. Paris : Gallimard.

WINNICOTT, D. W. (1971). *Jeu et réalité*. Paris : Gallimard, 1974.

WINNICOTT, D. W. (1994). *Déprivation et délinquance*. Paris : Payot.

WINNICOTT, D. W. (1960). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot, 1989.